FACULTE DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Année 1931 N° 3

THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**Edouard BURCKARD**

*né le 9 mai 1901 à Mulhouse (Ht-Rhin)*

*Ancien Interne des Hôpitaux*

# Les conceptions psychiatriques de Wernicke

Président : M. PFERSDORFF, Professeur

LIBRAIRIE UNIVERSITAIRE D'ALSACE
1, Place de l'Université, 1
STRASBOURG
1931

FACULTE DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Année 1931 N° 3

THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**BURCKARD Edouard**

*né le 9 mai 1901 à Mulhouse (Ht-Rhin)*

*Ancien Interne des Hôpitaux*

# Les conceptions psychiatriques de Wernicke

Président : M. PFERSDORFF, Professeur

LIBRAIRIE UNIVERSITAIRE D'ALSACE
1, Place de l'Université, 1
STRASBOURG
1931

## FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

| | |
|---|---|
| Doyen ..... | MM. N . . . . . |
| Assesseur ..... | MERKLEN ✲ ⁂ I. |

### Professeurs

| | |
|---|---|
| Embryologie ..... | MM. ANCEL ✲ ⁂ I. |
| Anatomie ..... | FORSTER ✲ ⁂ I. |
| Histologie ..... | BOUIN O. ✲ ⁂ I. |
| Physiologie ..... | SCHAEFFER ⁂ I. |
| Physique biologique ..... | VLES ✲ ⁂ I. |
| Chimie biologique ..... | NICLOUX ✲ ⁂ I. |
| Anatomie pathologique . | MASSON ✲ ⁂ I. |
| Pharmacologie, Médecine expérimentale ..... | AMBARD ✲ ⁂ I. |
| Hygiène, Bactériologie ... | BORREL C. ✲ ⁂ A. |
| Médecine légale ..... | CHAVIGNY C. ✲ ⁂ I. |
| Clinique médicale ..... | MERKLEN ✲ ⁂ I . |
| | N . . . . . |
| Clinique chirurgicale .... | LERICHE O. ✲ ⁂ I. |
| | STOLZ ✲ ⁂ I. |
| Clinique ophtalmologique . | WEILL ⁂ I. |
| Clinique dermatologique . | PAUTRIER O. ✲ ⁂ I. |
| Clinique psychiatrique ... | PFERSDORFF ✲ ⁂ I. |
| Clinique neurologique .... | BARRÉ ✲ ⁂ I. |
| Clinique gynécologique et accouchements ..... | REEB ⁂ I. |
| Clinique infantile ..... | ROHMER ✲ ⁂ I. |
| Clinique oto-rhino-laryngologique ..... | CANUYT ⁂ A. |

### Professeurs sans chaire:

MM. ARON Max ⁂ I.
BELLOCQ ⁂ I.
MM. FONTÈS ⁂ A.
GÉRY ⁂ A.
SCHWARTZ ⁂ I.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

### Chargé de cours et Agrégés:

MM. BLUM (Paul) O. ✲ ⁂ I.
GELMA ⁂ A.
GUNSETT ✲ ⁂ A .
HANNS ✲ ⁂ A.
HUMBERT ✲ ⁂ A.
VAUCHER ⁂ A.
WEISS A.
MM. KAYSER
KELLER ⁂ A.
KREISS
LAROUSSE ⁂ A.
REISS
SIMON ✲ ⁂ A.
SIMONIN ✲

# Serment d'Hippocrate.

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

A Monsieur le Professeur PFERSDORFF,

Directeur de la Clinique Psychiatrique

Témoignage de profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur ROHMER,

Directeur de la Clinique Infantile

qui nous a témoigné une très grande bienveillance pendant la première année d'Internat, passée dans son service. Nous sommes heureux de pouvoir lui exprimer ici toute notre reconnaissance.

---

A Monsieur le Professeur MERKLEN,

Directeur de la Clinique Médicale A

Nous lui sommes redevables de notre éducation clinique qu'il a faite avec beaucoup d'indulgence et de bonhomie au cours d'une année d'Externat, dont le souvenir nous est particulièrement précieux, et d'une seconde année d'Internat. Qu'il trouve ici le témoignage de notre respectueuse gratitude.

---

A Monsieur le Professeur BARRÉ,

Directeur de la Clinique Neurologique

Nous lui avons une reconnaissance toute particulière pour l'accueil très aimable qu'il nous a réservé dans son service pendant notre troisième année d'Internat, la très grande bonté qu'il nous a toujours témoignée et l'intérêt qu'il a bien voulu nous garder.

---

A Monsieur le Professeur SCHAEFFER,

Directeur de l'Institut de Physiologie

qui nous a ouvert son laboratoire pour y travailler au cours de notre Internat et qui nous a de nouveau témoigné son intérêt en nous acceptant comme préparateur dans son Institut.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548014_0036

# AVANT - PROPOS.

Cette thèse n'a pu être faite que grâce à l'enseignement qui nous a été donné par Monsieur le Professeur C. Pfersdorff. Au cours du travail quotidien, dans son service, il nous a appris à observer comme il convient et à nous préoccuper, avec une honnête prudence, des questions théoriques que soulève la pratique psychiatrique. Il a bien voulu, dans des entretiens familiers, malicieux et pleins de substance, nous communiquer un peu de son expérience personnelle. Nous lui devons, en dehors des connaissances spéciales qu'il nous a inculquées, une certaine orientation de l'esprit et du caractère, par quoi il restera toujours pour nous beaucoup plus qu'un Maître.

En 1868 Broca et H. Jackson se rencontrèrent à la «British Association for the Advancement of Science» pour exposer leurs points de vue dans la question des aphasies. (2 p. 621, 5, 11)*. Broca qui, dans ses premières publications, s'était borné prudemment à constater une relation régulière entre certains troubles du langage et certaine lésion circonscrite, localisée à un endroit déterminé de l'écorce cérébrale, assimilait maintenant ces troubles à l'abolition d'une fonction déterminée, siégeant à l'état normal dans la région de l'écorce dont il avait montré la destruction dans ses cas d'aphasies. Pour Jackson, au contraire, (2 p. 623, 6) il y avait dans les cas de Broca, non amputation d'une «faculté du langage articulé» détachée avec le fragment cortical qui était sensé la contenir, mais seulement atteinte des fonctions cérébrales dont dépend le pouvoir de former des propositions. Ce furent les vues de Broca qui triomphèrent, et l'orientation ultérieure des recherches cliniques, dans le domaine des affections organiques du cerveau, resta basée sur la conception des localisations cérébrales, dite classique, au sens où les entendait Broca.

Rien d'étonnant donc, à ce que, dans le mémoire où Wernicke, en 1874, faisait connaître l'entité anatomo-clinique qui porte son nom, la description des cas fût précédée d'un long exposé théorique, consacré à l'interprétation anatomo-physiologique des faits cliniques observés. De l'ensemble des symptômes, considérés à la lumière des faits anatomo-pathologiques, Wernicke déduisait toute une physiologie du langage qui contenait déjà les conceptions essentielles destinées à former plus tard l'armature de sa théorie des maladies mentales.

Avant d'exposer cette physiologie du langage (19), il im-

*) Les chiffres non précédés de «p.» se rapportent à l'index bibliographique.

porte de mentionner les deux voies qui l'y ont conduit : l'étude de l'anatomie normale du cerveau et l'observation anatomo-clinique.

L'aboutissement des voies auditives à proximité de l'écorce temporale, décrite par Meynert, amène Wernicke à supposer localisée à cet endroit la fonction de compréhension du langage parlé. La découverte de lésions de la première circonvolution temporale, dans les cas d'aphasie par non-compréhension de la parole avec conservation du langage articulé, ne fait que confirmer, pour Wernicke, les idées qu'il s'était faites sur le mécanisme du langage. Ces idées étaient basées d'abord sur une constatation anatomique : l'écorce cérébrale est reliée à la périphérie par des voies de projection sensorielles et motrices, et il en conclut que les fonctions cérébrales se font sur le mode du réflexe. Une image graphique de ce réflexe est facile à construire, et on possèdera ainsi une figure qui se laissera commodément diviser et articuler, et permettra d'imaginer le phénomène mental projeté dans l'espace. Wernicke avait adopté les vues de Broca, sur l'assimilation des troubles pathologiques observés, à l'abolition d'une véritable fonction. Pour lui, le fragment d'écorce, dont la destruction produisait l'altération de la parole, contenait tout ce qui était perdu. Il passait ainsi d'un rapport constant, observé entre les modifications d'une région anatomique et certains troubles psychiques, à une relation de contenant à contenu établie entre un territoire cérébral déterminé et une fonction distincte, dont l'existence, d'ailleurs, n'était posée qu'indirectement.

Ces déductions, tirées des cas anatomo-cliniques qu'il avait eu sous les yeux, corroboraient d'autres opinions qu'il s'était déjà formées auparavant. L'étude de la structure histo-

logique du cortex l'avait amené à penser que cet ensemble de cellules était destiné à recevoir les souvenirs élémentaires laissés par les impressions sensorielles dans la matière cérébrale sous forme de traces durables. Attribuant ensuite aux phénomènes psychologiques une divisibilité et une individualité, empruntées au substratum qui leur était donné (1), il logeait chaque souvenir élémentaire ou «image de mémoire» dans une particule de substance corticale, et obtenait ainsi, au niveau des champs de projection de l'écorce, une mosaïque (19 p. 4) dont les éléments juxtaposés formaient des unités suffisamment faciles à manier pour être utilisées, d'une manière prépondérante, à une reconstruction intelligible du mécanisme mental tout entier. De même que pour les impressions sensorielles, Wernicke supposait que les sensations, produites par les mouvements du corps, étaient emmagasinées, sous forme d'images motrices, dans les champs de projection moteurs de l'écorce cérébrale. Ces images motrices imprimaient aux impulsions motrices éfférentes l'innervation fonctionnelle nécessaire à la mise en jeu des groupes musculaires fonctionnels qui caractérisent les mouvements d'origine corticale.

Ces données admises, voici le mécanisme du langage qu'il proposait. Dans l'écorce de la première circonvolution temporale gauche se trouvent disposées les images auditives verbales, résidus des impressions sensorielles produites à cet endroit par l'audition du langage parlé. Le images motrices

1) «L'écorce cérébrale avec ses 600 millions de corpuscules corticaux offre un nombre suffisant de lieux d'emmagasinement, dans lesquels les innombrables impressions, fournies par le monde extérieur, pourront être mises en réserve successivement sans aucune peine.» (19).

verbales, traces laissées par les mouvements d'articulation des mots et préformateurs de ces mouvements, siègent dans la région de Broca. Images motrices verbales et images auditives verbales sont reliées par les fibres d'association qui traversent l'Insula. On est ainsi en présence d'une espèce d'arc réflexe, figuré dans le schéma ci-contre (emprunté à Wernicke)

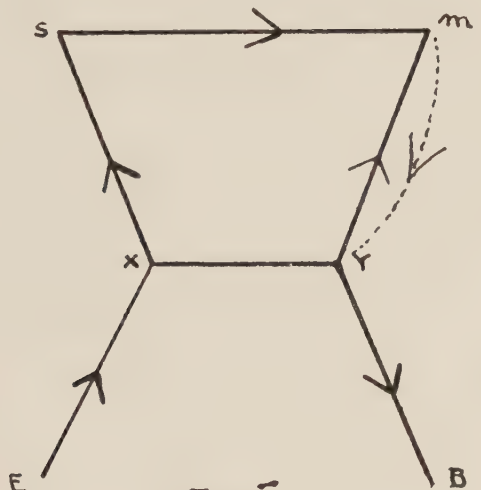


Fig. 1

par la ligne E s m B; E étant la fibre éfférente, s le centre d'images auditives verbales, m le centre d'images motrices verbales et B la fibre de projection éfférente. Les points X et Y figurent des centres réflexes situés dans la calotte, le pont de Varole, et la moëlle allongée, que Wernicke considère comme entrant en jeu dans l'acquisition du langage par imitation automatique. En effet, tous les mots entendus, au moment où l'excitation auditive passera en X, iront se déposer

sous forme d'«images de mémoire» en s et, à leur passage en Y, laisseront en m des «images motrices de mémoire».

Ainsi l'individu, étant bientôt possesseur d'un certain nombre de souvenirs verbaux, finira par utiliser la voie E s m B, consciente. Toute aphasie était réduite à l'interruption, en un point déterminé, de l'arc réflexe psychique utilisé dans le langage normal (19 p. 69). Wernicke arrivait ainsi, non seulement à donner des formes connues d'aphasie une explication simple, mais pouvait, grâce à ce schéma, prévoir des formes théoriques.

Cette conception du mécanisme de la parole est conservée dans la revue d'ensemble sur les aphasies qu'il publie en 1885 et 1886 (23), mais il modifie son schéma dans le sens indiqué par Lichtheim, en ajoutant un nouveau point B, relié à s et m, et qui symbolise un centre hypothétique, dit «des

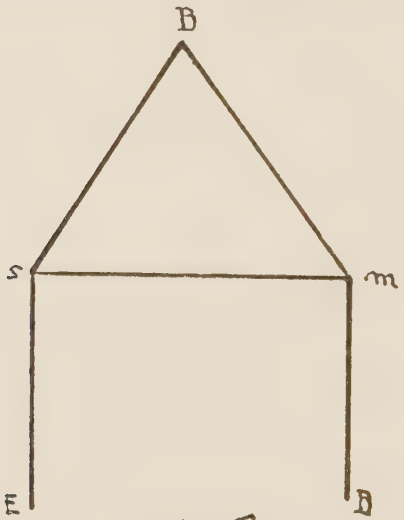


Fig. II

concepts», étendu, en réalité, au cortex tout entier, et résultant de la coopération de champs de projection multiples et éloignés les uns des autres.

Cela lui permet de différencier deux nouvelles espèces d'aphasies, par interruption des voies s B ou B m, qu'il appelle aphasies transcorticales. Dans ces aphasies, le sujet, malgré qu'il puisse répéter les mots qu'il entend, est incapable, soit de les comprendre, soit de les pononcer spontanément. Dans l'acte de la compréhension de la parole, les centres s et B ont une fonction différente : en s aura lieu la reconnaissance du mot comme tel ou identification primaire et, en B, son identification avec un objet correspondant ou identification secondaire.

L'examen des dispositions anatomiques du cerveau et l'étude des aphasies ont donc amené Wernicke, comme on vient de le voir, à proposer en principe du fonctionnement mental, le «réflexe psychique», et à concevoir les phénomènes psychiques sous une forme qui autorise leur localisation et permette de ramener le mécanisme des troubles, qu'ils pourront présenter, à l'image familière d'une rupture ou d'une solution de continuité.

Toute cette théorie psycho-physiologique, Wernicke ne l'appliquait d'ailleurs primitivement qu'aux seules aphasies. Dans sa publication de 1874, il s'exprimait, à cet égard, de la manière suivante : «Il faut déclarer nettement que des catégories entières de la physiologie cérébrale, ainsi que les aliénations qui entrent dans ces catégories — en fait la plupart des troubles psychiques — ne sont actuellement pas encore accessibles à une étude scientifique (dans le sens médical). Il

faut franchement reconnaître à quels domaines il est nécessaire de renoncer, pour le moment, c'est là un desideratum pressant pour les progrès futurs de la Psychiatrie» (19 p. 69). Dès ce moment, cependant, il considère certains symptômes des psychoses, relevant surtout du domaine moteur, comme des «symptômes en foyer psychiques» ([1]). Et en 1880 il écrit : «L'analyse de l'aphasie fournit donc un exemple de tous les phénomènes de l'esprit de contenu concret, car tout notre avoir spirituel, le contenu tout entier de notre conscience est constitué par des «images de mémoire» ([2]) groupées de manière déterminée» (22 p. 11). Sa théorie va donc lui servir de charpente pour édifier un système de physiologie mentale, suffisamment compréhensif pour englober la plupart des phénomènes de conscience, assez souple pour permettre d'expliquer les perturbations morbides par des mécanismes simples, incarné, enfin, dans une forme concrète et facile à se représenter. C'est de cette théorie qu'il tirera les cadres dans lesquels il s'efforcera d'insérer la totalité du matériel d'observation clinique, en vue d'une classification raisonnée et systématique.

La physiologie des phénomènes de conscience, telle que l'entend Wernicke, tient, au moins en ce qui concerne un de ses aspects essentiels, dans le schéma ci-contre.

---

1) (Psychische Herdsymptome)
2) (Erinnerungsbilder)

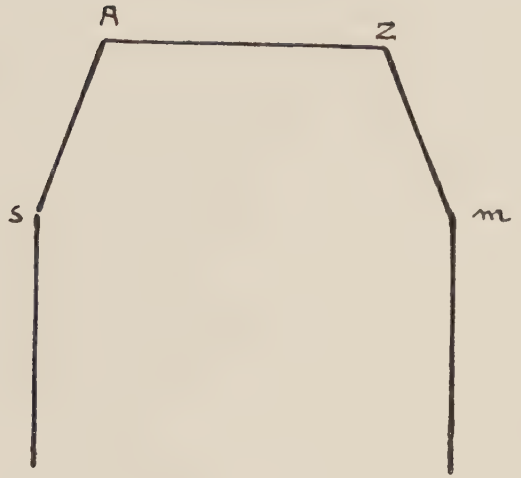


Fig. III

C'est le schéma de l'aphasie, dans lequel le point B est remplacé par les deux points A et Z (dont on verra la signification plus bas). Si s et m représentent les champs de projection sensoriels et moteurs de l'écorce cérébrale, le domaine propre des phénomènes de conscience se trouvera représenté par la ligne s A Z m du schéma. En admettant que la surface toute entière de l'écorce soit occupé par lesdits champs de projection, c'est donc le système des fibres d'association (transcorticales) qui sera le véritable organe des phénomènes de conscience. Interposé entre les champs récepteurs et effecteurs, il sera le siège des fonctions mentales et son atteinte aura pour effet l'apparition de troubles mentaux. On a mentionné plus haut une catégorie d'aphasies, les aphasies transcorticales, dûes, selon Wernicke, à une lésion des voies s A ou Z m (parties intégrantes de l'organe associatif), et l'on voit donc que ce n'est pas sans raison qu'il applique aux ma-

ladies mentales les notions théoriques tirées de l'étude des aphasies : les aphasies transcorticales sont considérées par lui comme ayant une parenté réelle avec les psychoses, parenté fondée sur leur siège commun (31 p. 7) sur les voies transcorticales. «Nous ne verrons leur différence qu'en ce que la psychose atteint ces voies isolément et par une électivité individuelle, alors que la lésion en foyer les atteint par blocs compacts». Faire ainsi des maladies mentales, dans la mesure où elles comportent des troubles du langage, des aphasies transcorticales, cela signifie plus qu'un simple détail de nomenclature (15). Les différences, qui séparent psychoses et aphasies, sont importantes, et Wernicke ne les méconnait pas. S'il affirme, cependant, cette parenté, c'est que, pour lui, les maladies mentales, comme les aphasies, sont caractérisées avant tout par leur localisation, disséminée, il est vrai, dans les maladies mentales, localisation qui, dans ce cas, est presque plutôt de droit que de fait, mais dont toute sa théorie s'efforce de démontrer l'existence. On voit immédiatement combien le rapprochement de Wernicke ouvre la porte, non seulement à l'application presque intégrale, aux psychoses, des mécanismes de l'aphasie, mais encore à tout un ordre particulier de recherches qui auront pour but de déceler, dans toutes les manifestations psychologiques, ce qui peut se ramener à une lésion localisée à un système fonctionnel avec substratum anatomique. Un nouveau point de vue est ainsi proposé, selon lequel la possibilité de caractériser les faits cliniques psychopathologiques par des signes communs aux lésions en foyer du cerveau, permettra peut-être d'envisager des localisations dans les psychoses, et d'asseoir ainsi la psychiatrie sur des bases plus fermes que la seule clinique.

Pour entrer dans la pensée de Wernicke, lorsqu'il expose sa théorie du fonctionnement mental, il est absolument nécessaire d'insister sur les points suivants : Il passe fréquemment de notions, tirées de la psychologie introspective, à des termes d'ordre physiologique et physique ou encore à des symboles didactiques, donnant parfois à un même terme des significations qui ne permettent pas de l'attribuer nettement à une de ces trois catégories, ou bien qui relèvent alternativement de deux domaines différents (1). On a déjà pu remarquer avec combien de facilité il faisait de faits d'expérience purement introspective (par exemple identification primaire et secondaire), une représentation graphique, ou établissait des correspondances, pour ne pas dire des identités, entre des termes disparates (le «mot», cellule ganglionnaire, réserves d'énergie). Il n'est pas inutile non plus de rendre attentif à la difficulté qu'il y a parfois à distinguer, chez lui, où s'arrête le schéma, la simple image démonstrative, et où commence l'exposé des faits eux-mêmes. (Quand il parle, par exemple, de sédimentation des souvenirs, on pourrait croire, au premier abord, qu'il ne s'agit là que d'une métaphore, mais on ne tarde pas à voir plus loin que cette expression est prise dans son sens littéral). Pour toutes ces raisons, il a paru utile de multiplier les citations à propos des principales notions qui pouvaient prêter à équivoque.

Ces réserves faites, on ne sera pas étonné de trouver que l'idée qu'il se fait du mécanisme mental repose sur l'identification de deux notions hétérogènes, l'une de «réflexe psy-

---

1) p. exemple, le terme «conscience» p. 23, p. 33, p. 56, p. 41, d'une part et p. 72 d'autre part).

chique», tirée de la physiologie du système nerveux sous-encéphalique, l'autre, l'«identification secondaire», d'origine purement psychologique, toutes deux fondues dans son schéma graphique.

Comme on l'a vu plus haut, l'identification primaire se fait grâce à un dépôt «d'images de mémoire» en s, alors qu'en A l'identification secondaire se cristallise sous forme de groupements associatifs, formés par l'association d'images de mémoire, provenant de domaines sensoriels différents. Si, de s à A, on passe d'une image de mémoire à un groupe associatif, c'est l'inverse qui aura lieu quand on passera de Z à m, et Wernicke désigne ce second processus également par le nom d'identification secondaire. Enfin, il essaye de donner une idée approximative des phénomènes, qui ont lieu entre A et Z, par l'exemple suivant : c'est, dit-il, ce qui fait aboutir la question à une réponse, le problème à sa solution. En un mot, le domaine A Z comprend l'ensemble des mécanismes d'élaboration mentale par quoi le réflexe psychique diffère du réflexe médullaire. Aux phénomènes de conscience qu'il localise sur le parcours S A et qui seront en rapports plus ou moins étroits avec les champs sensoriels, il donne le nom de phénomènes psycho-sensoriels. Les phénomènes psycho-moteurs seront ceux qui sont intermédiaires entre la décision d'exécuter un mouvement et l'innervation de l'image motrice correspondante. Enfin, entre les points A et Z qui, dans le domaine psychologique, correspondent à une représentation de départ (Ausgangsvorstellung) et une représentation de but (Zielvorstellung), se trouve la voie A Z, à laquelle est dévolue la fonction dite intrapsychique.

Il apparaît ainsi que le schéma s A Z m qui représente, d'une part, un acte mental simplifié, et symbolise, d'autre part, le substratum physiologique de cet acte, le réflexe psychique, permet en même temps d'établir, entre les différents phénomènes mentaux, un classement à la fois symptomatique, physiologique et, dans une certaine mesure, aussi anatomique. (Wernicke admet, en effet, que, dans un certain sens, qui sera examiné plus bas, les phénomènes psycho-sensoriels et psycho-moteurs sont localisés). Tout phénomène de conscience, qui pourra donc être caractérisé au point de vue de sa subordination à l'un des 3 domaines de l'identification secondaire, sera connu, du même coup, quant à son mécanisme, dans ce qu'il a d'essentiel, et même, dans certains cas, quant à sa localisation. Wernicke appelle «activité de la conscience» (Bewusstseinstätigkeit) l'ensemble des phénomènes de conscience, considérés dans le flux perpétuel qui les emporte, depuis la réception sensorielle, jusqu'à l'aboutissement moteur. Il oppose à cette progression un état statique, une «somme» des éléments qu'il suppose déposés dans l'écorce par l'activité mentale, c'est ce qu'il appelle le «contenu de la conscience» (Bewusstseinsinhalt). Cette distinction, entre deux aspects des fonctions mentales, relève directement de l'idée équivoque que se fait Wernicke des phénomènes de conscience. Apparaissant, d'une part, comme un aspect particulier de processus physiologiques complexes, toujours en activité, ils seraient, pour ainsi dire, l'expression même de cette activité, alors qu'au contraire, ils semblent, d'autre part, se condenser en particules spatiales, localisées, dénombrables, faites d'une substance mi-physique mi-psychologique.

Comme on l'a vu plus haut, il considère, en effet, les souvenirs, indépendamment du moment où ils sont évoqués, comme présents, dans la matière cérébrale, sous forme physique. Ces «images de mémoire» sont, pour lui, les seules grandeurs commensurables du cerveau» (21), «associations acquises d'éléments percevants des champs de projection centraux» (p. 25) «des réserves de force emmagasinée» (31 p. 17) dont l'ensemble forme «une somme d'énergies potentielles» (31 p. 66), constituant des «résidus laissés dans les champs de projection par les renseignements» (31 p. 387), qui proviennent de la périphérie, et sont capables, par transmission d'excitations périphériques, de déclencher des mouvements spontanés (31 p. 51). «Nous pouvons considérer comme un fait assuré que les images de mémoire et les représentations sont localisées, c'est-à-dire liés, selon leur contenu, à des endroits circonscrits de l'écorce cérébrale» (31, p. 10), «elles sont localisées, en des lieux anatomiques» (31 p. 33) et ce sont «les éléments cellulaires, qu'il faut nous représenter comme le substratum corporel des images de mémoire» (31 p. 17) «les cellules ganglionnaires, auxquelles il faut attribuer, à un degré important, la propriété d'être modifiées, d'une manière durable, par des excitations momentanées, de telle sorte que des résidus persistants en résultent, que nous appelons des «images de mémoire». Il semblerait cependant que, dans la pensée de Wernicke, il n'y eût pas une identification de la cellule, elle-même, avec l'image de mémoire, comme en témoigne la phrase suivante de son élève Heilbronner : «Il nous faut nous représenter le lieu des images de mémoire les plus simples comme un territoire circonscrit de l'écorce, mais, notabene ! pas comme une cellule ganglionnaire unique» (4 p.

30). «Les champs de projection, dit Wernicke, sont les endroits où siègent des images de mémoire des diverses productions fonctionnelles du système nerveux» (31 p. 4).

Pour que se forment ces images de mémoire, il faut que les éléments des champs de perception aient été impressionnés, une première fois, par une excitation périphérique. La sensation qui en résulte, correspond, en tous points, à l'image de mémoire qu'elle laissera, à l'exception, pourtant, d'un caractère qui lui est particulier. Cette qualité spécifique, attachée à la sensation actuelle, c'est ce que Wernicke appelle la «sensation d'organe» (Organempfindung). Il entend par là un «ton affectif» lié à la sensation, qui renseigne l'individu sur son propre corps et, en particulier, sur la partie du corps d'où émane la sensation, qu'il peut ainsi localiser exactement. Toute sensation renseignera donc, à la fois, sur le monde extérieur et, d'une manière particulière, sur une partie déterminée de celui-ci, le corps. Ces deux espèces de phénomènes peuvent être distinguées par les réactions qu'elles ont tendance à déclencher et qui sont différentes pour chacune d'elles. Alors que l'élément sensoriel de la sensation ne donnera de réactions que médiates (réflexe psychique), au contraire, les sensations d'organe sont liées à des mécanismes réflexes sous-encéphaliques (qui donnent lieu à des mouvements de défense lorsque l'excitation dépasse un certain seuil d'intensité). Ce sont ces dernières qui confèrent à la sensation son actualité, la projetant à un endroit déterminé de l'espace (31 p. 45) et s'il peut arriver, dans des cas pathologiques, que des sensations d'organe se produisent en l'absence de toute excitation sensorielle afférente, en revanche une sensation actuel-

le, dépouillée de «sensation d'organe», est inconcevable. Wernicke localise ces sensations d'organe à l'extrémité corticale des voies de projection, dans les «cellules perceptives» qui correspondent aux points rétiniens, cutanés etc. (31 p. 45). Cette localisation aura pour conséquence de ne laisser arriver à l'organe associatif aucune excitation afférente sans l'avoir, pour ainsi dire, marquée du sceau corporel.

Les images de mémoire qui appartiennent à des domaines sensoriels ou moteurs différents, et surtout celles dont l'acquisition a été à peu près simultanée, peuvent entrer en rapport les unes avec les autres. «Lorsque deux endroits de l'écorce d'un même champ de projection sont excités simultanément, dans l'acte de l'identification primaire, (ou deux endroits de différents champs de projection, dans l'acte d'identification secondaire) par des excitations du monde extérieur, transmises au moyen du système de projection, la voie qui les relie vibre à l'unisson des endroits excités, les résistances qui s'opposaient à la transmission de l'excitation sur cette voie, seront de plus en plus éliminées, à mesure que le phénomène se répètera, et la voie finira par être frayée» (ausgeschliffen) (31 p. 33). Comme ces images de mémoire sont d'autant plus actives qu'elles ont été plus souvent ravivées par les sensations, il en résultera que, dans leurs relations avec les autres images de mémoire d'acquisition simultanée, ce seront les plus constamment renouvelées qui prédomineront. Elles formeront des associations stables, les concepts (Begriffe), et le processus qui leur aura donné naissance est représenté psychologiquement par l'abstraction. Mais Wernicke concrétise ces considérations de la manière suivante. Il charge de cette mise en rapport de plusieurs éléments psychiques, des voies

d'association, dont le rôle ne semble pas devoir être complètement passif : «l'association de plusieurs impressions pour former un concept, la pensée, la conscience, est une fonction (Leistung) des ensembles de fibres appelés par Meynert systèmes associatifs» (19, 4). Cette association, une fois qu'elle s'est produite, laisse une trace localisée. «Ces images de mémoire nous sont fournies par le monde extérieur dans des groupements déterminés, elles sont donc aussi associées dans l'écorce, sous forme de groupes purement fonctionnels : les concepts. Ainsi : les concepts, eux-mêmes, sont rendus accessibles à une conception spatiale, anatomique» (21). Pour Wernicke, il est certain que, non pas le prétendu «centre conceptuel», mais bien les concepts, eux-mêmes, sont dans un certain sens localisibles» (31 p. 20) «chaque concept est formé par un noyau solide, le groupe des images de mémoire toujours fraîchement ravivées, et par des dentelures et arborescences que constituent les images de mémoire de ses qualités non essentielles» (20). Ailleurs (31 p. 31) il appelle les représentations d'objet des «complexes d'images de mémoire solidement réunies par association». «A chaque objet concret correspond une association acquise d'images de mémoire de différents sens, et cette association est d'autant plus solide que le même objet concret arrive plus fréquemment à portée de nos sens. Nous obtenons ainsi un substratum anatomique pour cette grandeur psychologique à laquelle, de tout temps, on a donné le nom de concept» (31 p. 30).

Il ne s'agit plus, comme pour les images de mémoire, d'une répartition d'éléments, suivant la nature sensorielle de leur contenu, en zônes homogènes, au-dessus des champs de

projection, mais d'une localisation disséminée, peut-être dans une couche déterminée qui enveloppe la surface cérébrale toute entière (23).

Images de mémoire, représentations, concepts, dont l'exacte nature reste équivoque, ont cependant le caractère commun d'être liés à l'écorce cérébrale et de durer. Ils forment, pris dans leur ensemble, une espèce d'acquis, de fonds immobile qui, perpétuellement, s'accroît par les apports de l'activité mentale, en subissant, d'autre part, le contre-coup de toutes les vicissitudes qui pourront atteindre cette activité. Comme on le verra plus loin, le symptôme fondamental de toutes les psychoses, la désorientation, est, pour Wernicke, précisément une répercussion, sur le contenu de la conscience, des troubles de l'activité mentale.

La «conscience» (Bewusstsein), proprement dite, n'est pas autre chose pour lui que ce fonds mental. «La conscience est donc, pour moi, vraiment égale à la somme de ses éléments constituants ou à son contenu, c'est-à-dire égale à la somme de toutes les images de mémoire déposées dans l'écorce cérébrale. L'écorce cérébrale est le lieu, le substratum anatomique, l'organe de la conscience» (21). Ce contenu, «fourni par le monde extérieur (20), n'est pas seulement constitué par des images de mémoire mais encore par des concepts concrets» (31 p. 31). «La conscience est une fonction des champs de projection centraux. Si l'hypothèse se vérifie que les champs de projection occupent l'écorce entière du pallium, il s'ensuit la proposition suivante : «la conscience est une fonction de l'écorce du pallium» (31 p. 23). «Pour autant qu'on ait pu se faire une idée générale du contenu de la cons-

cience, elle se montre accessible à une certaine localisation donnée par le fait de la projection» (31 p. 56). Enfin, à côté de ces définitions en fonction de son contenu supposé et de son substratum, il considère la conscience comme un état physique : «somme de toutes les représentations acquises, elle n'aurait, pour nous, pas d'autre signification que celle d'une altération moléculaire durable, par suite de phénomènes d'excitation, ayant eu lieu dans des ensembles de cellules et de fibres déposés de manière déterminée» (31 p. 66).

Toutes ces définitions montrent nettement que, pour Wernicke, la conscience n'est pas autre chose qu'un terme collectif pour désigner ceux des phénomènes psychiques auxquels il attribue une persistance physique dans l'écorce cérébrale. Les éléments, qui la composent, se répartissent, selon lui, en trois catégories, d'après un critérium, en apparence purement psychologique : à savoir la nature de leur contenu, en tant qu'il se rapporte à l'individu. Suivant que ces éléments reflèteront le monde extérieur, renseigneront sur le propre corps ou serviront à composer la personnalité de l'individu, ils formeront, par leurs sommes respectives, la conscience du monde extérieur ou Allopsyche, la conscience du corps ou Somatopsyche, et enfin la conscience de la personnalité ou Autopsyche. Mais il est possible d'établir cette division de la conscience sur plus que la seule considération psychologique. Pour s'en convaincre, il suffira d'examiner de plus près l'origine et la signification particulière de chacun de ces trois constituants du contenu de la conscience.

La conscience somatopsychique, qui représente la connaissance que l'individu possède de son propre corps, ne pourra être faite que d'une espèce très précise d'éléments psychi-

ques : les «sensations d'organe», localisées aux champs de projection moteurs. Ce sont elles seules, on l'a vu plus haut, qui, à tout moment, accompagnent les perceptions sensorielles, rappelant à l'individu qu'il a un corps, et peuvent provoquer, selon l'intensité des excitations périphériques, des réactions de défense. La surface cutanée, les organes des sens, les organes internes sont les points de départ de pareilles sensations d'organe. Les mouvements, exécutés par le sujet, donneront, eux aussi, naissance à des sensations d'organe qui viendront se déposer aux champs de projection moteurs, sous forme d'images motrices. Le domaine de la conscience somatopsychique s'étendra donc à l'ensemble des champs de projection corticaux. «La conscience du corps est représentée par les cellules perceptives, et a la signification d'un premier relai de l'écorce, qui doit être franchi avant que l'excitation sensorielle n'atteigne la zône occupée par la conscience du monde extérieur. La stratification, par couches successives, des cellules ganglionnaires de l'écorce cérébrale, est en faveur d'une supposition, d'après laquelle la couche située en bordure de la substance blanche (ou les couches les plus rapprochées) représenterait la conscience du corps» (31 p. 46). Prenant leur origine à partir des excitations afférentes, qui proviennent, d'une part, des diverses surfaces sensibles du corps et sont consécutives, d'autre part, à l'éxécution des mouvements, les sensations d'organe devront donc être considérées comme relevant, en partie, de la première portion, psycho-sensorielle, de l'identification secondaire et, en partie, de la dernière portion, psycho-motrice.

L'allopsyche, ou conscience du monde extérieur, est représentée par la somme des images de mémoire. Celles-ci,

comme on l'a vu plus haut, sont localisées aux champs de projection, et, précise Wernicke, probablement dans une couche corticale supérieure à celles des cellules perceptives qui contiennent les sensations d'organe. La conscience du monde extérieur s'étendra donc dans les champs de projection, au-dessus de la conscience somatopsychique. On se fera une idée de la signification qu'a cette allopsyche pour l'individu, si l'on considère que «le milieu dans lequel l'homme se développe ou dans lequel il vit, suffit pour remplir la conscience d'un grand nombre de représentations, disposées dans un ordre bien déterminé (31 p. 69) . . . . de sorte que l'ordre et la succession naturels des choses se reflètent, pour ainsi dire, dans son cerveau» (31 p. 68). «Imaginons qu'il fût possible de dépouiller un homme normal d'une grande partie de ses images de mémoire, dans lesquelles se reflète chez lui le monde extérieur, et nous trouverions parfaitement explicables toutes sortes d'absurdités qu'il commettrait dans sa désorientation« (22 p. 19). C'est une telle situation que Wernicke suppose être celle de la catégorie de malades atteints d'«allopsychoses». La conscience du monde extérieur n'étant que l'ensemble des images de mémoire, localisées à proximité des champs de projection, des phénomènes psycho-sensoriels seront la phase de l'identification secondaire qui aura une action directe sur cette partie de la conscience.

Contrairement à l'allopsyche et à la somatopsyche qui, dans un certain sens, peuvent être localisées, la conscience de la personnalité est faite d'éléments psychiques trop complexes (31 p. 62) pour qu'une localisation parût possible. Elle comprend, en effet, des éléments constitutifs extrêmement différents les uns des autres : qualités du caractère qui pro-

viennent du milieu, du langage («une manière de parler modifiée, chez les malades mentaux, a la signification d'une altération de la personnalité» (31 p. 60)), somme de connaissances acquises par l'instruction, totalité du passé vécu, l'ensemble des intérêts professionnels, sociaux, etc.. «La situation que l'individu selon sa propre appréciation, estime occuper dans la Société sera sous la dépendance de l'autopsyche. Dans les cas où cette dernière sera atteinte, on se trouvera en présence des symptômes de mégalomanie, de délire d'humilité, de délire d'interprétation etc..» (31 p. 62). Si le contenu de l'allopsyche et de la somatopsyche pouvait avoir pour origine la phase psycho-sensorielle de l'identification secondaire, au contraire, l'autopsyche, dont les éléments constitutifs sont les concepts qui résultent d'une élaboration mentale avancée, sera formée par les produits particuliers de la fonction intrapsychique (A Z du schéma).

Il rattache sa définition de l'affectivité à la conscience de personnalité. De même que la douleur, d'une part, et, d'autre part, des sensations voluptueuses, ont la signification de mécanismes utiles pour la conservation de l'individu et de l'espèce, ainsi «ce qui convient à la conscience de personnalité, au moi, provoque un mouvement affectif agréable, ce qui lui est nuisible un mouvement affectif désagréable» (31 p. 77). Il renonce à serrer de plus près la nature des phénomènes affectifs. A l'état normal, toutes les représentations ont une tonalité affective qui leur est propre (Normalwertigkeit der Vorstellungen) et d'autant plus forte quelles ont été évoquées un plus grand nombre de fois (31 p. 78).

Nous terminerons cet aperçu de la psychologie wernickienne, en indiquant la place qu'occupe dans son système

la psychomotricité. Pour lui, le mouvement spontané se distingue du mouvement réflexe «1) par le fait qu'il ne se produit pas immédiatement après l'excitation, mais naît des images de mémoires de sensations antérieures ; 2) par la forme du mouvement, arrondie, distincte, adaptée à l'atteinte d'un but, en un mot, préformée par la représentation déjà présente du mouvement à accomplir, qui doit être aussi entendue comme un reste de sensation» (19 p. 9). Comme on l'a vu plus haut, Wernicke désigne, sous le nom de phénomèmes psychomoteurs, ceux qui font aboutir la représentation de but Z à la cellule motrice corticale m. Or, les images motrices, déposées en m, font partie de la conscience somatopsychique. Comme ce sont précisément ces images motrices qui déterminent la forme du mouvement spontané, celui-ci se trouvera modifié, aussitôt que les édifices associatifs des représentations motrices seront touchés. On conçoit ainsi que Wernicke arrive à considérer certains troubles psycho-moteurs (en fait tous ceux qu'on observe dans ses «psychoses de motilité») comme l'expression d'une maladie de la conscience somatopsychique.

De ses idées sur les fonctions psychiqes, Wernicke fait une application directe à l'étude des troubles mentaux, qui, pour lui, relèvent tous d'un mécanisme simple. «Comme il s'agit partout de voies nerveuses, il n'y aura toujours, à la base du trouble de l'identification secondaire, qu'une modification pathologique de l'excitabilité ou de la conductibilité, et toutes les possibilités seront épuisées quand nous aurons envisagé les trois cas de l'excitabilité ou conductibilité diminuée, de l'excitabilité augmentée et de l'excitabilité pervertie» (31 p. 17). «Comme cet organe n'est composé que de fibres nerveuses et de cellules ganglionnaires, nous ne pouvons pas exiger plus de lui, que la production de certains phénomènes d'excitation et de modifications pathologiques de ces phénomènes d'excitation dans les maladies qui pourront l'atteindre» (31 p. 66). Il fait, en outre, intervenir quelques mécanismes psychopathologiques généraux, à l'aide desquels, il essaye de se rendre compte de tous les symptômes observables. Il obtient, ainsi, un système cohérent de psycho-pathologie, que nous allons essayer d'exposer.

Parmi les notions qui sont à la base de son système, il en est une, dont l'importance est fondamentale et qui, sous une forme différente, a été reprise par Kraepelin et Bleuler pour définir l'altération mentale essentielle des Démences précoces, c'est la «Séjonction». Cette notion de séjonction, qu'il considère comme un phénomène commun à toutes les psychoses, est définie, par Wernicke, comme une rupture de liens associatifs. Ce relâchement dans l'architecture de la personnalité peut aller jusqu'à une dissociation de l'individu, au point de permettre, chez un sujet lucide, la coexistence de termes incompatibles entre eux, pour un esprit normal. Une

personne aura, par exemple, une représentation exacte de son entourage, tout en se croyant exposée aux menaces les plus phantastiques. Ce même phénomène de disjonction associative se manifeste, par exemple, chez le malade qui rit en disant qu'il a envie de pleurer, et c'est aussi la séjonction qu'on trouvera à la base de tous les symptômes de perversion motrice (symptômes parakinétiques). La plupart des signes des psychoses aïgues sont l'effet direct ou indirect de la séjonction. Elle laissera dans l'unité de la conscience de profondes entailles, qui, dans les états paranoïdes survenant après les psychoses aïgues, altèreront définitivement la personnalité. Il suffira, enfin, que les ruptures associatives aient atteint une certaine extension pour qu'il en résulte une démence irrémédiable.

Les phénomènes de séjonction, en pratiquant des solutions de continuité dans l'appareil associatif, produisent, du même coup, des changements dans l'équilibre de cette énergie, dont l'accumulation en certains endroits correspond à l'existence d'images de mémoire. Wernicke considère, en effet, que les points de l'écorce, qui supportent les images de mémoire, sont le siège d'un courant d'énergie, provenant des voies de projection, et s'écoulant d'une manière continue. La séjonction venant à rendre impraticables les voies qui permettent cet écoulement, alors que les centres des images de mémoire continuent de recevoir leur charge, il y aura accumulation locale d'énergie, qui se manifestera par un phénomène d'excitation. Que la séjonction touche les voies qui relient les centres de projection sensoriels aux centres de perception (entre s et A du schéma), et l'on aura des hallucinations. Elles résulteront d'une excitation du centre perceptif s, à partir de

la voie transcorticale s A, et apparaîtront, à la conscience du malade, comme étrangères à lui-même, intruses, et douées de qualités sensorielles plus ou moins marquées. La différence entre l'image de mémoire et la perception réelle se sera effacée, pour lui, parce que l'excitation touchera, non seulement les centres dépositaires des images de mémoires (s), mais encore les éléments sensoriels des sensations d'organe. Ceux-ci conféreront à l'image évoquée l'objectivité qui est attachée à toute perception actuelle. Quant à la nature de l'hallucination, elle sera déterminée par le centre sensoriel (visuel, auditif, olfactif etc.) touché. Il ne pourra être jugé du siège de la séjonction d'après la nature de l'hallucination, cette dernière ne résultant que de l'irradiation d'une excitation pathologique, à partir du point de la séjonction, vers le point qui donne naissance à l'hallucination, laquelle n'est donc qu'un effet à distance de la séjonction. Ainsi l'existence d'hallucinations auditives verbales,quoique celles-ci résultent d'une excitation du lobe temporal gauche, n'autorisera, en aucun cas, à y localiser la séjonction. Des excitations partant du lobe temporal gauche et aboutissant au centre de Broca, qui parcourront ainsi le chemin des hallucinations en sens inverse, produiront l'excitation du langage paraphasique que l'on a pu trouver chez les paralytiques généraux. Dans les cas, enfin, où les malades sont forcés de répéter leurs hallucinations auditives verbales, on aura un parcours double de la même voie.

Parmi toutes les connexions associatives des représentations, celles qui les unissent aux mots, sont les plus nombreuses, les plus fréquemment utilisées, celles dont les voies sont le plus «frayées», suivant l'expression de Wernicke. Il est donc évident que ce seront les centres acoustiques des images auditi-

ves verbales qui réagiront le plus facilement à toute sollicitation pathologique. Le sens ou contenu de ces hallucinations sera fonction de l'état affectif qui règle l'excitabilité des représentations et détermine la «prévalence» de certaines d'entre elles.

Dans certaines psychoses de motilité hyperkinétique et manie confuse, on trouvera une fixation involontaire, forcée, de l'attention sur les détails de l'entourage, de telle sorte que le malade donnera l'impression d'être constamment distrait. Ce symptôme, l'«hypermétamorphose», décrit par Neumann, est interprété, par Wernicke, comme étant la conséquence d'une hyperexcitabilité particulière des éléments sensoriels.

Le malade aura l'impression d'idées imposées, il aura des «idées autochtones», selon la terminologie de Wernicke, si les excitations pathologiques vont toucher la voie qui relie le centre A au centre Z, suscitant ainsi un phénomène mental dépourvu de qualités sensorielles. Il s'agit, dans ce cas, d'une excitation cheminant le long des voies associatives normales, mais, dont l'intensité anormale fixe l'attention du sujet, s'impose à lui d'une manière gênante, et est ressentie comme étrangère à sa personnalité. Ce dernier caractère la distingue des idées obsédantes. Celles-ci, quoique le malade ait aussi l'impression qu'elles sont indéracinables, ne paraissent jamais étrangères, sans rapports avec le reste du moi. Pour expliquer cette différence entre idées autochtones et obsessions, Wernicke fait intervenir la notion de séjonction. En effet, dit-il, «il faut admettre que, dans le cas des idées autochtones, il y ait rupture partielle» des idées considérées avec le reste du moi, ce qui a pour conséquence de produire chez le malade

la conviction que l'idée est introduite à la manière d'un corps étranger dans le cours normal de ses pensées ; tandis que l'intégrité de l'édifice associatif est conservé dans les obsessions et que, par conséquent, le malade ressent l'idée obsédante comme faisant partie de son propre fonds. En général, les malades réagissent aux idées autochtones par des explications délirantes qu'ils s'en forment : ce sont pour eux des idées «envoyées», des idées «transmises par influence hypnotique» etc., et il arrive souvent que, par un raisonnement logique, ils concluent du fait que leurs idées leur paraissent de provenance étrangère, qu'elles sont connues de leur entourage. Comme les hallucinations auditives-verbales, les idées autochtones s'expriment en mots, ce qui permet de penser qu'elles sont, elles aussi, des symptômes d'excitation du lobe temporal mais, par opposition aux hallucinations, n'atteignent pas les éléments sensoriels eux-mêmes. En supposant deux excitations de grandeur égale, ce sera donc celle, dont le point de départ sera le plus rapproché du champ sensoriel acoustique, qui produira l'hallucination auditive verbale, alors que, pour un point de départ plus éloigné, il y aura apparition d'une idée autochtone. On voit donc que Wernicke ramène ces deux symptômes au mécanisme unique de la séjonction, dont la localisation, seule, déterminera la nature du symptôme.

Proches parentes des idées autochtones et des obsessions, les idées prévalentes sont définies par Wernicke comme des souvenirs particulièrement chargés d'affectivité, qui existent chez l'homme normal et peuvent, dans les cas pathologiques, entraîner l'apparition d'un délire d'interprétation circonscrit. Elles ont tendance à être mises en rapport par le sujet avec

toutes ses autres représentations. Par opposition à l'idée autochtone, ressentie comme étrangère, et l'obsession, dont le sujet reconnait toujours le caractère pathologique, l'idée prévalente apparaît à la conscience comme la résultante normale de la personnalité. Wernicke insiste particulièrement sur la différence qu'il y a, selon lui, entre idée obsédante et idée prévalente, et s'inscrit en faux contre l'identification de ces deux notions par Friedmann (qui fait de l'idée prévalente un élément principal dans la genèse des idées délirantes). Chez l'homme normal des idées prévalentes peuvent orienter l'attention dans un sens déterminé, comme le montre l'exemple bien connu de la mère dont le sommeil n'est pas troublé par des bruits intenses, mais qui se réveille au moindre cri de son enfant. Wernicke donne à ce dernier phénomène le nom d'«hyper-métamorphose partielle intrapsychique».

Une idée prévalente à forte charge affective peut influencer l'identification secondaire psycho-sensorielle et produire l'illusion. Dans la plupart des cas, cette altération de l'identification secondaire est favorisée par un état d'obnubilation, mais elle peut aussi exister chez des malades lucides.

Les idées prévalentes apparaissent parfois comme premiers symptômes de psychoses aïgues, et elles forment un élément important des «autopsychoses circonscrites» (idées fixes) des persécutés-persécuteurs de Magnan, des psychoses de rente.

Comme l'idée prévalente, le délire d'interprétation a pour effet une orientation de toutes les représentations dans un même sens, mais il reconnaît un mécanisme différent. Wernicke en fait un phénomène analogue à l'hallucination : une excitation consécutive à la séjonction, mais d'intensité

modérée, vient modifier, au passage, les perceptions et leur donner cette tonalité affective particulière qui apparaît, à la conscience du malade, comme une signification élective concernant son propre moi. Wernicke pense que cette excitation a son point d'application au même endroit que l'hallucination, mais qu'elle n'atteint pas l'intensité nécessaire pour produire une hallucination, et il en veut pour preuve le fait que, dans certaines psychoses aïgues, une première phase avec délire d'interprétation précède souvent une phase hallucinatoire. Le même mécanisme pourra jouer, non plus pour des perceptions, mais pour des souvenirs et on aura alors du délire d'interprétation métabolique. La mise en rapport avec le moi ne se fera plus pour les perceptions actuelles, mais pour les souvenirs de la vie passée, qui subiront ainsi, subjectivement, une transformation qualitative. Wernicke distingue nettement ce délire d'interprétation métabolique du délire d'explication rétrospectif, où le malade, après disparition de la phase aïgue d'une psychose, se crée, des symptômes pathologiques qu'il a présenté, une interprétation délirante. Pour Wernicke, la genèse de ce délire d'explication est toute autre que l'interprétation rétrospective. Il ne s'agit plus, à proprement parler, d'une réaction pathologique, mais de la «réaction d'un mécanisme cérébral, fonctionnant normalement, au changement de contenu tel qu'il est une fois donné» (31 p. 132). Les souvenirs pourront encore être faussés par addition (confabulation) ou soustraction (lacunes mnésiques). Dans le cas de confabulation, Wernicke pense que c'est à la séjonction qu'il faut attribuer le rôle principal. Rompant la continuité des souvenirs dans le temps, la séjonction permettra à des éléments étrangers de s'insérer dans les lacunes ainsi formées.

D'où proviennent ces éléments étrangers? Pour répondre à cette question, Wernicke considère qu'un phénomène analogue à la confabulation se produit chez l'homme normal, tout de suite après le réveil. A ce moment, il peut arriver que, pour quelques instants, les souvenirs de rêve soient pris pour des réalités. Comme le contenu des confabulations est souvent du type phantastique, il y voit une raison de penser, que ce ne sont que des réminiscences de rêves particulièrement vives et colorées, qui viennent prendre la place créée par la séjonction entre des souvenirs disjoints.

Certaines lacunes mnésiques sont en rapport avec des épisodes de la vie passée, fortement chargés d'affectivité, parfois avec des idées prévalentes, et Wernicke met leur effacement électif, ultérieur sur le compte du «rétrécissement de la conscience» (1) qui accompagne habituellement ces états affectifs, comparés par lui aux phénomènes amnésiques posthypnotiques. Il pense que la pauvreté des liaisons associatives empêche, dans ces cas, la conservation de ces souvenirs.

La plupart des symptômes, exposés jusqu'à présent, sont considérés comme étant l'effet de phénomènes pathologiques, qui interviennent dans la partie psycho-sensorielle du réflexe psychique (s A du schéma). Ce sont des modifications ressenties directement par les malades, et qui ne sont accessibles à l'étude que d'une manière indirecte, à travers les altérations du comportement qu'ils produisent et par la communication que les malades eux-mêmes peuvent en faire à l'observateur.

---

1) On remarque ici, dans le terme de rétrécissement de la conscience, une acception de ce mot, qui paraît incompatible avec le sens qu'il lui donne habituellement d'une somme d'éléments. On ne conçoit pas qu'une somme se «rétrécisse» temporairement.

Il en est tout autrement pour une autre catégorie de symptômes, ceux qui, pour Wernicke, sont l'effet de phénomènes pathologiques, dont le point d'application est situé dans la partie psycho-motrice de l'appareil central (entre Z et m du schéma). Ici, en effet, les mouvements (forme unique, sous laquelle d'ailleurs se présentent tous les phénomènes psychiques à l'étude objective) sont l'effet direct, immédiat des troubles mentaux.

Les troubles psycho-moteurs se présentent pour Wernicke sous 3 formes; hyperkinétique, parakinétique et akinétique. Parmi les troubles akinétiques, l'immobilité, avec disparition des mouvements spontanés et de presque tous les mouvements réactifs, est un symptôme important. Wernicke en décrit la genèse de la manière suivante : un changement pathologique de l'édifice constitué par les images motrices du corps tout entier pourra être perçu et aura pour effet d'augmenter, dans l'appréciation subjective, la force nécessaire pour l'exécution de chaque mouvement simple, de telle sorte que les mouvements seront supprimés complètement et que de l'immobilité en résultera. De la même manière s'expliquent les contre-impulsions qui ont pour effet la production d'une inversion du mouvement voulu : «A la représentation du mouvement à faire s'adjoint la pensée inhibante d'un effort qui apparaît très grand dans l'appréciation subjective : l'effet de la volonté est ainsi transformé en son contraire» (31 p. 438). Wernicke donne à ce symptôme, ainsi qu'à ceux qui se manifestent par une résistance du malade aux mouvements passifs, le nom de «négativisme» (Kahlbaum) et il entend par là un trouble, non pas de la volonté, c'est-à-dire des fonctions qu'il place dans son schéma entre A et Z, mais de l'identifi-

cation secondaire entre Z et m. Le malade négativiste, pour Wernicke, veut correctement, mais ses impulsions volontaires rencontrent en Z m des obstacles qui l'arrêtent ou le font dévier.

Dans les cas d'immobilité complète, telle qu'on l'a définie plus haut, on rencontre souvent le symptôme dit de flexibilité cireuse. La résistance légère et continue, qui est opposée au mouvement passif, est considéré par Wernicke comme résultant d'un réflexe cortical pathologique, lié à cet état d'immobilité. L'absence absolue d'impulsions volontaires est la condition qui permet le déclenchement de ce réflexe spécifique. Lorsque, dans ces états d'immobilité, il y a persistance d'une certaine influence volontaire, les mouvements passifs apparaîssent au contraire facilités, soutenus par une légère contraction musculaire active; c'est ce que Wernicke appelle la «pseudo-flexibilité», ce symptôme ainsi que certaines formes de négativisme ont, pour lui, la signification de «réflexes corticaux modifiés».

Wernicke range parmi les symptômes «parakinétiques» une certaine catégorie de mouvements, caractérisés par leur monotonie, la disproportion entre la forme du mouvement et son but, leur nature involontaire, forcée, et, enfin, leur absurdité. Ce sont les mouvements «pseudo-spontanés», considérés, eux aussi, comme dus à un trouble de l'identification secondaire entre Z et m du schéma. Ces mouvements, comme l'indique leur nom, peuvent paraître spontanés mais ne sont en réalité ni intentionnels ni consécutifs à des lésions des centres de projection moteurs. Wernicke les compare aux idées autochtones dont ils partagent le caractère involontaire. «Ce sont des représentations autochtones dans le domaine de

la conscience du corps, et ils sont monotones pour la raison que, dans ce domaine de la conscience, tout est localisé». Il apparaît, en effet, que si l'excitation, qui prend son point de départ dans la partie s A de l'appareil central, se trouvera en présence de systèmes et de groupements associatifs liés par des combinaisons extrêmement complexes, en très grand nombre et dont l'excitabilité est fonction, comme on l'a vu plus haut, de facteurs multiples et variables, au contraire l'excitation en Z m n'aura le choix qu'entre un nombre limité de combinaisons motrices localisées : les images motrices. Wernicke explique, dans ces cas, la répétition rythmique du même mouvement uniforme par la nécessité où se trouve l'excitation locale de croître jusqu'à un certain point pour déclencher le mouvement en question, de sorte qu'il y a production de décharges périodiques.

Les attitudes anormales parakinétiques (perversions d'attitude) résultent d'une altération de cette partie de la sensibilité qui renseigne tout individu normal sur ses mouvements et attitudes. L'ensemble de ces perceptions et souvenirs moteurs faisant partie de ce que Wernicke appelle la conscience du corps, il considère, d'une manière générale, les troubles psycho-moteurs comme consécutifs à une modification pathologique dans le domaine de la conscience du corps. Le malade, n'ayant plus des positions réciproques du tronc et des membres ainsi que des groupes musculaires les uns par rapport aux autres, une perception juste, est amené, de ce fait, à prendre et à garder des attitudes bizarres, dépourvues apparemment de toute motivation psychologique. «Le malade qui restait d'abord immobile et évitait la locomotion, se trouve ensuite en présence d'une machine motrice dérèglée» (31 p.

441). Le même mécanisme est attribué à la répétition monotone et rythmée de phrases ou de mots sans sens. Cette «verbigération» serait dûe, elle aussi, à un phénomène local d'excitation, appliqué à des images verbales motrices déterminées. La motricité verbale, d'ailleurs, réagit encore plus facilement aux perturbations psycho-motrices que la motricité générale. Bien souvent, ce sera le mutisme passif et réactif que Wernicke observera comme premier indice d'un trouble psycho-moteur. Les inhibitions, qui produisent le mutisme, pourront, selon lui, dans certains cas aussi, s'exercer sur des voies d'association intercorticales (c.-à-d. qui relient directement deux champs de projection entre eux) et produiront, par exemple, de la paraphasie si elles atteignent les voies qui relient le centre auditif verbal au centre verbal moteur.

Ces cas d'excitation du langage d'origine psycho-motrice seront caractérisés par la monotonie du débit et une certaine emphase, que Wernicke explique par l'effort que fait le malade en luttant contre l'excitation psycho-motrice pour émettre un discours ordonné.

Wernicke distingue des symptômes moteurs qui sont l'effet direct de perturbations dans la région psycho-motrice (Z m du schéma), d'autres, qui n'ont de cette origine que l'apparence, mais relèvent en réalité de causes différentes. L'exemple de la répétition forcée de mots hallucinés, qui a déjà été mentionné plus haut, montre que les excitations pourront aussi avoir leur point de départ dans les domaines sensoriels. Il appelle «excitation motrice jactatoire» une agitation désordonnée, incohérente, qu'il considère comme l'effet de paresthésies, et pour le mécanisme desquels il admet l'apparition d'un court-circuit entre s et m. Dans les états cré-

pusculaires épileptiques et des paralytiques généraux la profonde obnubilation correspondrait alors à une quasi suppression des fonctions symbolisées par s A Z m.
Dans l'excitation motrice dite «hypermétamorphotique», au contraire, le malade, par suite d'une fixation forcée de l'attention sur des impressions sensorielles de rencontre, est, de ce fait, obligé d'exécuter tous les mouvements et actes qui peuvent être liés habituellement à ces perceptions. Wernicke décrit enfin une «agitation motrice perplexe», qui résulte en réalité de l'espèce d'effarement dans lequel est plongé le malade par suite de sa désorientation psycho-sensorielle.

Les trois formes d'excitation motrice qu'on vient de mentionner sont, comme on le voit, secondaires à des troubles psychiques qui se passent en dehors de la sphère psychomotrice, et Wernicke distingue nettement ces syndromes de tous ceux qui ont leur origine dans la zône Z m. Inaccesibles aux influences volontaires, ceux-ci s'imposent à la conscience, produisant chez le malade un état affectif d'aboulie (Ratlosigkeit), aboulie motrice de Wernicke, analogue à celui qui naît de la désorientation psycho-sensorielle, et qui, comme lui, sera la source d'«idées d'explication».

On voit que toutes les manifestations pathologiques dans le domaine moteur, que l'on vient d'énumérer (à l'exception des états d'excitation sus-mentionnés), sont, pour Wernicke, des effets de troubles de l'identification secondaire entre les perceptions de but et les champs de projection moteurs. C'est le mouvement qui est le phénomène primitif : exécuté involontairement, il détermine, secondairement seulement, des états affectifs et des idées délirantes qui l'accompagnent. «Le grand complexus de représentations qui forme le moi, ce

que nous appelons la conscience de la personnalité, est, pour ainsi dire, détaché de la machine motrice qu'il était habitué à dominer. Tel un spectateur, il se trouve placé en face des phénomènes moteurs rendus autonomes ou de la machine arrêtée, et c'est à son tour d'en subir l'influence» (31 p. 440). «Sans aucun doute il ne peut y avoir à la base de cet état de chose qu'une solution de continuité des associations, c'est-à-dire le phénomène de séjonction, tel que nous l'avons postulé» (31 p. 440).

Les mécanismes perturbateurs des symptômes mentaux, que l'on a examiné jusqu'à présent, étaient localisées, soit dans la région psycho-sensorielle, soit dans la partie psychomotrice de l'appareil central, en s A ou en Z m du schéma. Entre ces deux parties extrêmes, constituées par les connexions que l'appareil associatif entretient avec les champs corticaux de projection, se placera le réseau associatif très compliqué que Wernicke symbolise par la ligne A Z. Il attribue à cette partie A Z du schéma la fonction qu'il appelle intrapsychique, c'est-à-dire l'ensemble des processus auxquels est soumise la représentation de départ, en vue d'être transformée, pour aboutir à une représentation d'intention. Un des phénomènes de conscience qu'il convient encore de faire entrer dans la «fonction intrapsychique», c'est ce qu'il appelle la «volonté», et Wernicke entend par ce terme «le résultat du concours de plusieurs représentations dont au moins l'une est une représentation d'intention motrice».

Comme on l'a vu plus haut, à toute modification du fonctionnement mental correspond une altération de ce que Wernicke appelle le contenu de la conscience. C'est ainsi que l'expérience montre, que dans les états pathologiques des

voies intra-psychiques (A Z), c'est l'ensemble des notions complexes, groupées sous le nom de conscience ou personnalité, qui est modifié. Il serait faux, cependant, de vouloir attribuer une localisation déterminée à cette conscience de personnalité, comme on peut le faire, dans une certaine mesure, pour la conscience du corps et la conscience allopsychique. Les altérations de l'état affectif, telles que les entraîne toute atteinte de la fonction intrapsychique, modifient des qualités essentielles de la personnalité et produisent un changement dans l'idée que se fait l'individu de son moi, et, c'est ainsi qu'il faut comprendre la désorientation autopsychique à partir des troubles intrapsychiques.

Les symptômes, qu'on observera chez les malades atteints de troubles fonctionnels intrapsychiques, concerneront donc, pour une certaine part, la «volonté» et l'orientation autopsychique. La conscience de personnalité sera touchée lorsque le malade manifestera des doutes sur sa propre identité ou quand, constatant un changement indéfinissable de son moi, il se trouvera dans un état d'«aboulie autopsychique», qui est à considérer comme la réaction affective à la désorientation particulière qu'il éprouvera en présence d'un changement dans sa conscience de personnalité. Les dédoublements de la personnalité du type «état second», survenant chez les dégénérés (mais non pas les états ainsi dénommés que l'on observe chez les hystériques et que Wernicke assimile à des états crépusculaires produits par suggestion), sont pour lui de véritables «autopsychoses aïgues». Les idées délirantes d'humilité et les idées délirantes de grandeur apparaissent comme des réactions, dans le domaine de la conscience de personnalité, à des variations du fonctionnement intra-psy-

chique : idées d'humilité et d'insuffisance dans les cas d'afonction, idées de grandeur dans les cas d'hyperfonction intrapsychique.

Dans les cas d'afonction intrapsychique très prononcée, on constatera un ralentissement, allant quelquefois jusqu'à la suppression complète des réactions aux excitations extérieures, et l'afonction sera tellement marquée qu'on ne rencontrera plus d'idées d'insuffisance subjective. Anxiété et obtusion des sentiments affectifs supérieurs (amitié, fidélité etc. .), c'est-à-dire liés à des groupements associatifs complexes, seront l'effet de l'inhibition intrapsychique. Le phénomène opposé : facilitation et accélération de l'activité idéatoire, se manifeste lorsqu'il y a hyperexcitabilité des voies intrapsychiques, en donnant naissance au symptôme connu sous le nom de fuite des idées. La facilitation des fonctions intrapsychiques supprime les obstacles qui, sur la voie de l'association principale, barrent normalement les passages s'ouvrant sur des associations accessoires, et l'on a, de la sorte, cette dispersion de la pensée qui, dans les cas graves, va jusqu'à l'incohérence associative complète.

Mobilité de l'attention, facilité de décision, excitation de l'activité (Betätigungsdrang) (que Wernicke oppose à l'excitation motrice proprement dite (Bewegungsdrang) qui concerne des mouvements et non pas des actes) et excitation du langage seront d'autres manifestations de l'hyperfonction intrapsychique. Subjectivement l'individu réagira à son hyperkinésie par une euphorie morbide qui pourra, à la suite de résistances qu'on lui oppose, se changer en accès de colère violente. Le comportement social tout entier du malade subira un changement très net, caractérisé surtout par une brutalité et un

manque d'égards pour les personnes de son entourage, que Wernicke explique par une disparition des différences de «prévalences», qui, dans l'esprit de l'individu normal, hiérarchisent les représentations suivant une échelle de valeurs morales. Ce «nivellement des représentations» tient à l'hyperexcitabilité générale dans laquelle les hyperexcitabilités de voies isolées, par lesquelles Wernicke explique l'existence d'idées prévalentes, sont comme noyées. Cette hyperexcitabilité générale aura pour résultat non seulement de niveler les représentations, mais pourra favoriser, comme il est facile de le comprendre, la fuite des idées et les troubles de l'idéation.

Si ce nivellement se produit en l'absence de toute hyperfonction intrapsychique, l'on aura, alors, les cas de «moral insanity» ou des syndromes analogues épisodiques, apparaissant au moment de la menstruation, la ménopause et la sénilité.

Si les symptômes morbides qu'on vient de passer en revue sont l'expression directe des changements que produit la maladie dans la conscience, il est au contraire une catégorie de manifestations communes aux malades mentaux, les idées délirantes, qui, elles, résulteraient, pour Wernicke, d'une réaction plus ou moins logique, raisonnée, aux troubles qu'ils éprouvent. Il faudra donc, pour que des idées délirantes puissent apparaître, qu'une certaine lucidité soit conservée.

On a déjà mentionné les idées délirantes dites «d'explication», (Erklärungswahnideen), qui n'exprimeraient que le besoin qu'a l'individu de s'expliquer ce qu'il ressent, de faire en-

trer ses expériences anormales dans les cadres logiques dont il dispose. Elles ne seraient, en un mot, qu'un moyen utilisé par l'individu pour sauvegarder sa cohérence intérieure. Si les idées délirantes sont consécutives à des modifications définitives du contenu psychique, leur systématisation ou leur incohérence seront fonction de l'intégrité associative. Qu'elles apparaissent au contraire au cours de psychoses aïgues, toujours elles résulteront de l'application des formes logiques de la pensée à un contenu mental faussé. C'est ainsi que les idées délirantes par analogie, où le malade opère une généralisation d'idées délirantes particulières nées de l'interprétation d'un symptôme pathologique, sont en partie simplement dues à l'utilisation d'une forme de pensée normale : le raisonnement par analogie. Quand, par suite d'une fixation absorbante de leur attention sur des phénomènes intérieurs morbides, il arrive que des enchaînements entre des évènements du monde extérieur leur échappent, il y a, chez ces malades, reconstruction de la continuité qui leur paraît rompue, par des idées délirantes qui ne sont que la réaction logique à des troubles par distraction pathologique. Enfin, dans certains cas, les idées délirantes pourront naître de la mise en rapport d'expériences internes dépourvues de relations logiques entre elles, comme, par exemple, quand un malade associera la pensée de son père à celle d'un de ses doigts, par suite de la coexistence, chez lui, d'une sensation particulière, localisée dans ce doigt, avec la représentation à son père. Wernicke met cette catégorie d'idées délirantes sur le compte d'une néoformation d'associations.

Les idées délirantes dites «résiduelles» (Residualwahn), qui existent dans les états paranoïdes, représenteront le résul-

tat de l'équilibre qui se sera établi dans l'esprit du malade, après extinction de la psychose aïgue, entre son contenu mental faussé, d'une part, et, d'autre part, une activité mentale redevenue normale. On aura l'occasion, à propos des états paranoïdes, de revenir sur cette catégorie d'idées délirantes.

En vue d'une étude et exposition commodes des phénomènes de conscience normaux et pathologiques, Wernicke adopte délibérément à leur égard, tour à tour, deux points de vue différents. Il les considère d'abord en tant que processus, puis, sous un autre angle, comme une somme d'unités. Ces deux points de vue, dont la distinction est importante, ont déjà été mentionnés plus haut. Pour montrer l'application que Wernicke en fait à la pathologie, il est cependant nécessaire de les rappeler brièvement. Plaçant les phénomènes de conscience dans la durée, il prend pour objet d'étude leur genèse, leurs combinaisons réciproques, les transformations qui les acheminent vers l'action, tout ce qu'en somme on pourrait définir comme la partie dynamique de la vie consciente et que Wernicke appelle, d'un mot qui revient souvent sous sa plume, «l'activité de la conscience» (Bewusstseinstätigkeit). Pour obéir à ce besoin, qui lui est propre, d'immédiatement coordonner un ensemble, encore incohérent, de données de fait par une théorie qui les englobe tous et les explique, il fait entrer tous les éléments de cette activité consciente dans son système de l'identification secondaire, formulé, comme on s'en souvient, en termes de psychologie introspective. Son schéma anatomique, sous-tendu à sa théorie de l'identification secondaire, est tout prêt à recevoir ces éléments à son tour, pour les répartir le long du chemin qui, du champ de projec-

tion sensoriel mène au champ de projection moteur. Il sera possible, ainsi, de localiser, au moins théoriquement, et dans un cerveau idéalement simplifié, chaque parcelle de la vie mentale et chaque perturbation dont elle pourra être l'objet. S'il paraît relativement facile de répartir de cette manière les symptômes pathologiques dans des cadres théoriques, il pourrait sembler légitime d'user pareillement de ces cadres pour la classification des groupements de syptômes réalisés en clinique. Ici, cependant, il fait intervenir un système de classification entièrement différent, et dont le principe dépend d'une attitude nouvelle, prise par l'observateur à l'égard des phénomènes psychiques. Il ne porte plus son attention sur l'écoulement des faits de conscience, isolés de la vie psychique totale, mais sur les faits de conscience réunis en syndromes, tels qu'ils se présentent en clinique, empiriquement et, aux fins de la description didactique, il choisit un moment de leur évolution. Wernicke a donné à l'aspect, sous lequel apparaissent les phénomènes mentaux, ainsi considérés, le nom de «contenu de la conscience». Il admet au sein de ce contenu psychique une hiérarchie en trois catégories, selon que ce contenu concerne la connaissance du monde extérieur, celle de la personnalité de l'individu considéré, et enfin celle de son propre corps. Allopsyche, autopsyche et somatopsyche sont les trois entités qui constituent, pour ainsi dire, la forme statique sous laquelle se sont précipités les phénomènes de la vie psychique. «L'activité de la conscience est une fonction du temps, son résultat est un contenu de la conscience déterminé, nous pouvons donc définir les psychoses aïgues comme la modification du contenu de la conscience que nous voyons s'accomplir dans un laps de temps donné».

Mais il ne faudrait pas croire que Wernicke ne considère ces trois groupements que comme de simples moyens de classement. Pour lui, cette subdivision introspective du contenu de la conscience en trois consciences spécialisées répond à une tripartition réelle, physiologique, attestée par une atteinte élective en pathologie et pour laquelle il va même jusqu'à admettre une certaine localisation anatomique. Il pense, en effet, que chacune des trois consciences est localisée dans une couche distincte de l'écorce, le somatopsyche immédiatement au contact des fibres de projection, l'autopsyche probablement à l'autre extrémité de l'écorce dans la première couche, et l'allopsyche entre les deux.

Comme dans toute atteinte quantitative ou qualitative du contenu de la conscience, l'idée que se fait l'individu de son entourage, de son moi ou de son corps sera faussée, il y aura lieu d'admettre, dans chacun de ces cas, une désorientation auto, allo ou somatopsychique. «Il faut considérer la désorientation comme l'essence même de toute psychose. Les troubles d'identification, contenus dans notre schéma, ne font que représenter les moyens, dont se sert la nature, pour produire la désorientation.» ([1])

Cette façon de considérer les troubles mentaux, suivant le domaine de la désorientation, permet de les caractériser rapidement à l'aide de signes d'observation courante et ceci d'une manière suffisante pour permettre de les reconnaître parmi des cas analogues et chez d'autres auteurs. «Le con-

---

1) Il n'est pas sans intérêt de faire remarquer que Wernicke a rapproché la désorientation de l'agnosie: «Alors que dans l'agnosie visuelle les impressions visuelles ne sont plus reconnues, qu'aucun sens ne leur est plus attribué, elles sont interprêtées d'une manière fausse dans ces troubles mentaux. elles apparaissent au malade comme changées.» (24)

tenu de la conscience et ses modifications présentent relativement les manifestations les plus palpables, les plus frappantes et celles dont on juge le plus aisément. Nous déduirons donc la division des psychoses des modifications du contenu produites par la maladie».

En présence des symptômes mentaux, réunis dans la réalité en syndromes ephémères et variables ou en groupements plus constants, Wernicke opère un triage d'après les critères que l'on vient d'examiner. Une première répartition sera faite en distinguant des autopsychoses, des somatopsychoses et des allopsychoses, suivant le domaine principal sur lequel portera la désorientation du malade. En plus, certaines formes, dans lesquelles le rôle des troubles psycho-moteurs prédomine à tel point qu'il masque la désorientation, seront classées à part, comme psychoses de motilité. Ces psychoses, qui répondront à une seule de ces 4 formes fondamentales, seront considérées comme formes pures, les autres, qui n'en seront que des combinaisons, seront les «formes mixtes». Wernicke considère enfin comme psychoses composées, celles au cours desquelles plusieurs variétés syndromiques se succèdent. On reconnait à la distinction entre formes pures et impures ce que le point de vue de Wernicke a d'un peu artificiel. Cette distinction repose sur le choix de certains symptômes, particulièrement démonstratifs pour le mécanisme et la localisation supposés de la psychose, et auxquels, pour cette raison, il donne une importance privilégiée qui fait rentrer dans l'ombre les autres symptômes présents. Ce n'est d'ailleurs qu'un écho de la terminologie des aphasies.

Pour permettre de reconnaître une psychose, de la situer dans son cadre nosologique et de comprendre son substratum physiologique on commencera par rechercher dans quel domaine de la conscience le malade est désorienté. L'examen des symptômes permettra de déterminer ensuite leur signification, en rapport avec le schéma des troubles de l'identification, et de localiser ainsi, dans une certaine mesure, les

troubles considérés. Pour terminer on essayera de caractériser la forme pathologique par son étiologie et son évolution.

Wernicke cite l'exemple du Délirium tremens qui est, dit-il, «une Allopsychose par intoxication alcoolique chronique, c'est-à-dire une psychose avec désorientation dans le monde extérieur, psychose constituée par les symptômes caractéristiques suivants : hallucinations dans les différents domaines sensoriels, surtout optiques et tactiles = hyperesthésie psycho-sensorielle ; illusions = paresthésies psycho-sensorielles ; orientation locale défectueuse = anesthésie psycho-sensorielle ; délire d'occupation, agitation affairée = hyperkinésie sensorielle ; parfois angoisse = paresthésie psycho-sensorielle. En résumé, un complexus de troubles d'identification psycho-sensorielle. Des troubles d'identification intrapsychique et motrice font défaut. Par contre il existe un surplus de symptômes qui, débordant le cadre des psychoses proprement dites, touchent au domaine des maladies organiques du cerveau : l'altération sensorielle, qui consiste en une obnubilation d'intensité changeante, et les symptômes du système de projection, à savoir les tremblements, les troubles de la parole, la déviation de la langue, la parésie faciale etc. .»

Comme on l'a déjà vu, toute psychose pourra ainsi être rangée dans la catégorie des allopsychoses, des somatopsychoses ou des psychoses de motilité, fournira une combinaison de plusieurs d'entre elles, ou bien sera constituée par des formes différentes qui se succèderont. Wernicke estime à 50% environ des cas qu'il a eu sous les yeux, ceux qu'il a reconnu appartenir à des entités morbides solidement établies, le reste a été caractérisé suivant la méthode indiquée plus

haut, en attendant son attribution à des types nosologiques mieux définis.

Dans les lignes suivantes il sera donné un aperçu succint de la pathologie mentale spéciale, telle qu'elle apparaît dans le système de classification de Wernicke. On ne relèvera à propos de chaque forme que les points de vue propres à Wernicke et caractéristiques de sa manière de voir.

1) *ALLOPSYCHOSES.*

Il range sous cette rubrique le Delirium tremens, la Psychose polynévritique, la Presbyophrénie, l'Hallucinose aïgue et l'Hallucinose chronique, l'Ivresse pathologique.

Dans le *Delirium tremens,* Wernicke insiste sur la bonne conservation de l'orientation autopsychique, contrastant avec la désorientation allopsychique, qu'il explique par une inexcitabilité des souvenirs qui permettraient de reconnaître la situation présente, alors que les souvenirs de situations ou épisodes vécus antérieurs surgissent avec une netteté pathologique.

Pour la «*Psychose polynévritique*» (maladie de Korsakow) Wernicke critique la description de Korsakow dont l'extension, à son sens, serait trop large. La «Presbyophrénie» lui est identifiée d'une manière presque absolue, et Wernicke ne l'en différencie que par l'étiologie. Il remarque à propos de la Psychose polynévritique que le phénomène de dégénérescence nerveuse a été mis en évidence aussi dans la Paralysie générale (où elle est centrale), et il conclut que c'est là un mécanisme anatomo-pathologique très général en pathologie mentale, et

qui permet d'attribuer un rôle étiologique important à la syphilis, à l'alcoolisme et à la tuberculose en tant que facteurs toxiques de dégénérescence nerveuse.

*Hallucinose aïgue et Hallucinose chronique,* enfin, sont des entités morbides décrites et délimitées par Wernicke. (qui ne manque d'ailleurs pas d'indiquer que le tableau clinique avait déjà été observé et publié par Marcel en 1847). Il leur reconnait un symptomatologie spécifique : syndrome hallucinatoire aïgu avec prédominance d'hallucinations auditives verbales, puis développement d'un état paranoïde ; une évolution déterminée : se terminant au bout de quelques semaines dans la forme aïgue, d'une durée beaucoup plus longue avec légère modification des symptômes dans la forme chronique ; un pronostic : favorable, en général, mais qui devient mauvais dans les cas de récidives, ayant tendance à devenir chroniques avec délire de persécution. Une étiologie enfin : dans la grande majorité des cas, l'intoxication alcoolique chronique. A l'opposé de ce qui se passe dans le Delirium tremens et la Psychose polynévritique, la désorientation ne se développe qu'au cours de l'évolution et elle est d'origine hallucinatoire.

Il serait faux de vouloir faire des allopsychoses un groupe étiologique, car il existe des psychoses alcooliques qui ne sont pas accompagnées de désorientation allopsychique (Hallucinose au début, Stupeur alcoolique, Pseudo-paralysie alcoolique). Il y a, d'autre part, comme on l'a vu, des allopsychoses comme la Presbyophrénie qui ne sont pas d'origine alcoolique.

## 2) *AUTOPSYCHOSES.*

Ce qui est atteint ici, ce sont les représentations, souvenirs, et processus associatifs dont l'ensemble constitue la conscience de personnalité. Dans certains de ces cas (Mélancolie, Manie), la fonction intrapsychique seule sera touchée. Wernicke range parmi les autopsychoses : La Mélancolie affective, la Manie pure, la Psychose circulaire, le Délire de grandeur de la Paralysie générale, la Paranoïa primitive («Originäre Verrücktheit»), certaines psychoses par idée prévalente, comme celle des quérulants, qu'il appelle autopsychoses circonscrites, des autopsychoses aïgues sur terrain hystérique ou dégénératif, l'Autopsychose aïgue, expansive, par idées autochtones, la Névrose obsédante, l'Autopsychose aïgue ascendante hyperendophasique.

La *Mélancolie affective* est une autopsychose par akinésie intrapsychique. Ses principaux symptômes : idées d'insuffisance, d'humilité, appréhension de l'avenir, indécision, obtusion affective, cessation de toute activité, sont les manifestations de l'afonction intrapsychique. Les malades présentent un symptôme particulier, «le sentiment de malheur» (Unglücksgefühl) qui proviendrait, selon Wernicke, d'une modification de la personnalité perçue par le malade, et qui serait une forme d'«aboulie autopsychique». Il décrit, comme proche parente de la mélancolie affective une forme analogue, la *Mélancolie dépressive*, dans laquelle l'afonction intrapsychique est plus complète. A la place des idées délirantes d'insuffisance se trouve une pauvreté d'idées très marquée avec inhibition générale prononcée. De ces deux formes : Mélancolie affective et dépressive, Wernicke distingue nettement les suivantes : la

Pseudo-mélancolie qui, après une phase purement dépressive, devient paranoïde et évolue sous forme de psychose composée ; la Mélancolie d'une paralysie générale (considérée comme une psychose composée) ; certaines akinésies, d'origine hypochondriaque, motivées psychologiquement par des paresthésies dans le domaine viscéral ; enfin certaines phases quasi stuporeuses dans les Psychoses de motilité, où l'akinésie est d'origine psychomotrice.

Wernicke donne comme signes distinctifs de l'akinésie intrapsychique à l'égard de l'akinésie psycho-motrice :

1) l'hypoexcitabilité est toujours générale, il n'arrive pas qu'elle prédomine sur certains groupes musculaires. L'inhibition du langage est aussi marquée que l'inhibition générale.

2) Les mouvements initiatifs sont plus touchés que les mouvements réactifs.

3) Il y a absence des symptômes moteurs caractéristiques des psychoses de motilité.

La contre-partie exacte de la Mélancolie affective est représentée par la *Manie pure,* autopsychose par hyperkinésie intrapsychique, caractérisée surtout par la fuite des idées, l'euphorie, l'excitation motrice et verbale, et dans la symptomatologie de laquelle Wernicke fait intervenir le «nivellement des représentations» dont il a été fait mention plus haut. Dans les cas où la fuite des idées devient incohérence idéatoire, on a la forme appelée «manie confuse».

Wernicke distingue trois formes cliniques de la Manie. Dans une première, le syndrome maniaque pur n'existe qu'à l'état épisodique, à la période terminale d'une mélancolie affective. La deuxième forme, dite «Manie pure» proprement

dite, survenant isolément dans la plupart des cas, est sujette à des récidives, et il pense même que c'est, parmi toutes les psychoses, celle qui récidive le plus. Elle peut se terminer en «Manie confuse». Une troisième forme enfin, forme circulaire, Folie à double forme, réunit Manie et Mélancolie en phases alternantes. Elle n'aboutirait jamais, d'après Wernicke, à la démence. Il admet, en outre, l'existence de «Manies chroniques» qui, d'après sa description, semblent correspondre à des états hypomaniaques persistants qu'il distingue nettement de la Manie pure.

Dans son traité de Psychiatrie, Wernicke s'élève contre la conception kraepelinienne de la Folie maniaque-dépressive et des Dépressions d'involution. Il pense que, contrairement à l'opinion de Kraepelin, la Mélancolie affective de la sénilité guérit, dans la plupart des cas, et ne dure pas plus longtemps que la forme observée chez l'adulte. D'autre part, pour Wernicke, la Mélancolie affective récidive peu, beaucoup moins que bien d'autres psychoses. Elle n'est en relations avec une manie que dans les psychoses circulaires, qu'il considère comme une forme clinique particulière, bien délimitée et nettement distincte des formes de Manie pure aussi bien que de la Mélancolie affective. Il déclare que la Folie maniaque dépressive de Kraepelin ne concernerait en réalité que les cas particuliers de Manie pure récidivante, dans lesquels l'une des récidives se fait par une «Mélancolie de remplacement».

*Le Délire de grandeur des Paralytiques généraux* est classé comme forme autopsychique de la Paralysie Générale. On touche ici du doigt un caractère important de la classification de Wernicke, lequel, se basant sur des tableaux cliniques

momentanés, est obligé de disperser en unités artificielles et fragmentaires toute psychose comportant une certaine richesse de formes ou une succession d'images cliniques différentes. — Une autre forme clinique rare de la Paralysie Générale, la «Progressiva divergenz» de Kahlbaum est un syndrome maniaque pur avec idées de grandeur démesurées mais sans issue démentielle.

La «*Paranoïa primitive*» (originäre Verrücktheit, Paranoïa originaria de Sanders), à laquelle Wernicke donne le nom d'Autopsychose expansive hébéphrénique, apparaît dans la jeunesse et est caractérisée par le surgissement brusque et inopiné d'idées de persécution selon le mode décrit par Griesinger sous le nom de «délires primordiaux». Ces idées de persécution se développent d'emblée sur un fond d'euphorie sans avoir été précédées d'une phase mélancolique (comme on admettait que c'était le cas dans toutes les «Paranoïa»). Selon Wernicke, il s'agit, en général, de formes hébéphréniques greffées sur des débilités mentales, mais il admet cependant l'existence de quelques rares cas qui réaliseraient le type nosologique de Sanders. Remarquons tout de suite qu'il a été amené à ne plus admettre l'Hébéphrénie de Kahlbaum et Hecker que comme un groupe étiologique : il donne le nom d'Hébéphrénies aux psychoses de la puberté.

Par *Autopsychoses circonscrites,* Wernicke entend tous les cas où un délire d'interprétation circonscrit se groupe autour d'une idée prévalente (quérulants de Kraepelin, revendicateurs d'après la terminologie française). (1)

---

1) V. B. Frey : Conceptions de Kraepelin et conceptions françaises concernant les Délires systématisés chroniques. Th. Strasb. 1923.

Les *Autopsychoses aïgues* sur terrain hystérique (2) ou dégénéré comprennent, pour Wernicke, les dépersonnalisations hystériques, les états seconds chez les dégénérés (qu'il distingue, d'ailleurs, comme on l'a déjà fait remarquer, des états hystériques analogues, rangés par lui dans les états crépusculaires) certaines dipsomanies, les cas de «moral insanity» congénitale et enfin ceux de «moral insanity» acquise et qui sont en général transitoires, apparaissant au moment de l'involution, dans la période prémenstruelle chez la femme, et dans la sénilité.

Wernicke décrit encore sous le nom d'*Autopsychose aïgue expansive par idées autochtones* une forme rare où l'apparition d'idées autochtones est le premier symptôme, auquel viennent, peu à peu, s'ajouter des hallucinations et des idées délirantes d'explication. Cette psychose évolue en poussées brèves et son pronostic est relativement bon.

La *Névrose d'obsession*, apparaissant, en général, chez des dégénérés, est également une autopsychose aïgue. Elle devient, par adjonction d'autres symptômes qu'obsession et angoisse, «Psychose d'obsession».

Dans l'*Autopsychose aïgue ascendante* l'hyperendophasie (Gedankenlautwerden) est le symptôme initial, puis apparaissent des paresthésies diverses, de l'interprétation délirante allo et autopsychique. L'hyperendophasie fait place peu à peu à des hallucinations. Apparentée aux idées autochtones, il lui est attribué, comme à ces dernières, la signification d'une excitation du lobe temporal. Le pronostic de cette forme est mauvais, l'évolution étant, dans la plupart des cas, rapidement progressive.

---

2) Il semble que pour Wernicke l'hystérie soit une disposition constitutionnelle qu'il fait intervenir comme lien étiologique de plusieurs syndromes.

*SOMATOPSYCHOSES.*

Ce sont les psychoses dont la symptomatologie est basée sur une interprétation psychosensorielle faussée des «sensations d'organe». L'ensemble de ces dernières constitue, pour chaque individu, sa «conscience du corps». Le caractère principal de ces psychoses sera donc une désorientation dans le domaine somatopsychique.

Il s'agit souvent d'individus atteints d'une affection viscérale quelconque, par exemple intestinale, pulmonaire, qui, par elle-même, n'est pas capable de produire les symptômes mentaux qui l'accompagnent. Ceux-ci naissent à la suite de troubles de l'identification secondaire, de «paresthésies psycho-sensorielles» selon l'expression de Wernicke. D'autres cas sont indépendants de toute affection organique périphérique. L'orientation allopsychique est intacte, mais il n'en est pas de même pour l'orientation autopsychique. Celle-ci, toujours touchée, manifeste son atteinte par de l'anxiété et de l'aboulie somatopsychique. Les hallucinations, quand elles existent, ne servent qu'à traduire en mots les idées anxieuses autopsychiques et les sensations corporelles anormales. Quant aux idées délirantes d'explication, elles sont également secondaires aux phénomènes psycho-sensoriels. Symptômes affectifs et moteurs sont toujours entièrement motivés psychologiquement par les modifications du contenu de la conscience. Wernicke distingue plusieurs formes de somatopsychoses :

La *Psychose anxieuse hypochondriaque,* est une somatopsychose intestinale circonscrite, dans laquelle les hallucina-

tions coenesthésiques concernent les organes abdominaux et sont accompagnés d'aboulie somatopsychique.

Dans *l'Hypochondrie intestinale circonscrite,* la localisation a lieu initialement aux deux extrémités du tube digestif, les malades se plaignent de troubles de la déglutition ou de la défécation. Cette forme est caractérisée, en outre, par de l'akinésie, psychologiquement motivée par les phénomènes psychosensoriels.

La *Somatopsychose ascendante* est une forme dans laquelle, à partir d'idées hypochondriaques intestinales ou respiratoires circonscrites, se développe une généralisation rapide des idées hypochondriaques au corps tout entier. Le pronostic de cette forme est très sévère.

Les cas *d'Hypochondrie vésicale* ou *d'hypochondrie de défécation* sont à la limite entre psychose et névrose, c'est-à-dire, qu'alors que, dans certains cas, il s'agit de troubles bien circonscrits et isolés, sans atteinte du reste du psychisme, dans d'autres, au contraire, des troubles psychiques différents peuvent s'associer, qui rendent un internement nécessaire. Comme on le voit, pour Wernicke c'est là une différence d'ordre surtout pratique. Cette forme d'hypochondrie peut être accompagnée d'akinésie, qui reconnaît le même mécanisme que celle qu'on peut trouver dans l'Hypochondrie intestinale circonscrite.

La *Mélancolie hypochondriaque* réunit les signes d'une Somatopsychose intestinale et ceux d'une Mélancolie affective.

Enfin Wernicke décrit certains cas de somatopsychoses avec idées délirantes nombreuses, troubles affectifs prononcés, une symptomatologie motrice qu'on ne s'expliquait pas

du vivant des malades, et qui, à l'autopsie, apparaissent comme étant en relation avec une lésion organique localisée, comme, par exemple, un abcès du cou. Ces syndromes hypochondriaques, qui peuvent apparaître dans la Paralysie générale, et dont le contenu hallucinatoire et délirant est généralement du type phantastique (malades qui ont des personnages liliputiens dans le corps) sont aussi classés parmi les somatopsychoses.

## *PSYCHOSES DE MOTILITE.*

Wernicke range dans cette catégorie un certain nombre de formes, caractérisées surtout par des troubles moteurs particuliers. Ces formes relèvent toutes de perturbations des mécanismes, grâce auxquels les éléments mentaux dits «représentations de but» sont acheminés vers les champs de projection moteurs. Une psychose de motilité est l'expression clinique d'une séjonction sur la voie Z M, séparant, par rupture associative, les phénomènes psycho-moteurs du reste de la personnalité. Les sensations relatives aux mouvements et aux positions du corps, les images motrices, à tout instant, règlent les innervations motrices corticales. Or, si l'on admet que ces sensations constituent une partie importante de la conscience du corps, on voit qu'indirectement une atteinte de cette dernière, aura pour conséquence, précisément, des troubles moteurs du genre considéré. Le mécanisme des Psychoses de motilité apparait donc sous les deux aspects d'un trouble de l'identification secondaire, que l'on peut localiser sur le schéma, et de l'atteinte d'une des catégories d'images de mémoire contenues dans la conscience.

Wernicke distingue parmi les symptômes des Psychoses de motilité, ceux qui seront hyperkinétiques, akinétiques et parakinétiques.

Ces symptômes apparaîtront, soit mélangés, soit isolément, dans les formes suivantes : la psychose de motilité hyperkinétique, la psychose de motilité akinétique, la psychose de motilité cyclique et la psychose de motilité complète.

Dans la *Psychose de motilité hyperkinétique,* Wernicke considère comme symptômes primaires, c'est-à-dire directement consécutifs au trouble fonctionnel : les mouvements dits pseudo-spontanés et l'excitation du langage pseudo-spontanée. Les mouvements pseudo-spontanés ne sont pas motivés psychologiquement, ils ont certains caractères qui permettent de les reconnaître facilement : monotonie, tendance à la répétition uniforme, ils sont dépourvus de sens, exagérés, disproportionnés quant à l'effort musculaire employé pour les produire. Tous ces caractères donnent aux mouvements «une touche d'une certaine grâce grotesque» qui leur est propre. Ces modifications des mouvements se retrouveront dans le langage. A la monotonie et l'uniformité répondent la verbigération et les stéréotypies verbales, à l'exagération des mouvements, les cris, les hurlements, à l'absurdité des mouvements, la production de séries verbales composées de mots mis à la file sans aucun lien de sens ni de sonorité. Les cas d'excitation motrice du langage, d'intensité modérée, se manifestent par un débit emphatique et bizarre, que Wernicke, comme on s'en souvient, met sur le compte d'une lutte entre l'excitation motrice et l'effort que fait le malade pour parler d'une manière cohérente. L'excitation motrice générale pourra prendre des formes différentes, qui se placeront entre deux

extrêmes : l'incohérence désordonnée (excitation jactatoire de Wernicke), et l'exécution de mouvements apparemment sensés et motivés psychologiquement (mouvements de gymnastique par exemple).

Enfin il arrive que les malades présentent de l'excitation motrice «hypermétamorphotique» d'origine psycho-sensorielle. Désorientation et aboulie affective sont secondaires aux troubles moteurs, en face desquels l'individu reste passif comme à l'égard du mouvement d'un étranger.

Au point de vue de l'étiologie, Wernicke assigne à la puerpéralité et à la menstruation un rôle prépondérant, mais il range aussi un certain nombre de cas dans l'Hébéphrénie et la Paralysie générale. L'évolution se fait par périodes et la psychose aboutit, d'après Wernicke, régulièrement à la guérison, lorsqu'elle ne relève pas d'une étiologie qui implique une issue différente (P. G., Hébéphrénie).

Wernicke remarque que l'entité morbide, appelée «Manie périodique» par les anciens auteurs, rentre dans le cadre de la Psychose de motilité hyperkinétique.

La *Psychose de motilité akinétique* est moins nettement individualisée que la précédente. Les malades, dans ces cas, n'étant pas en état de renseigner sur l'extension que peuvent avoir les troubles de la conscience, il faut admettre, jusqu'à plus ample informé, qu'il s'agit, chez eux, exclusivement ou presque exclusivement de modifications dans le domaine psycho-moteur. Les symptômes principaux sont les suivants : Immobilité iniatitive et réactive avec mutisme, attitudes fixées stéréotypes, attribuées à une perversion des souvenirs moteurs, et comparées par Wernicke, dans leur aspect bizarre, aux attitudes des grenouilles décapitées telles que les a dé-

crites Goltz ; le négativisme, la flexibilité cireuse, la raideur musculaire, une déformation des mouvements, considérée comme représentant des perversions motrices qui entrent dans la catégorie des symptômes déficitaires ; la verbigération, répétition incessante de la même phrase, est, au contraire, mise sur le compte d'excitations de voies motrices déterminées (Wernicke cite un cas de verbigération suivie d'aphasie motrice, comme preuve que, dans ces cas, la parole est réduite à l'utilisation d'une seule voie motrice, toujours la même), les stéréotypies motrices (entrant dans la catégorie des mouvements pseudo-spontanés), la pseudo-flexibilité. Tous ces symptômes sont considérés comme psychomoteurs akinétiques ou parakinétiques, c'est-à-dire qu'ils sont attribués soit à une hypofonction de l'identification psycho-motrice soit à une perversion de cette fonction. Il existe toujours un degré plus ou moins prononcé d'obnubilation, qui est proportionnel à l'extension des symptômes moteurs. Wernicke compare cette obnubilation aux symptômes à distance qui accompagnent les lésions en foyer. Les hallucinations auditives verbales sont considérées comme secondaires à la désorientation motrice et à l'aboulie particulière qui en est l'effet.

La Psychose de motilité akinétique se développe généralement dans la jeunesse, de préférence dans le sexe féminin, sur terrain hystérique, à l'occasion de la puerpéralité ou chez des débiles. Le début est, soit brusque, apoplectiforme, ou bien les symptômes caractéristiques ne s'installent qu'après un stade d'interprétation ou de perplexité. La guérison peut survenir immédiatement après le syndrome psycho-moteur. Dans d'autres cas, la psychose évolue vers un état paranoïde ou démentiel. Pour Wernicke la

guérison est encore possible dans ces deux derniers cas, et il s'inscrit en faux contre l'affirmation de Kraepelin suivant laquelle ils aboutiraient toujours à une démence définitive. Il conteste aussi la tendance aux récidives que Kraepelin attribue à ces formes : «cette tendance n'est pas plus grande que dans les autres psychoses». En vertu de constatations statistiques, Wernicke pense que l'évolution vers la démence ou les états paranoïdes est en relation avec la profondeur de l'obnubilation qui existait au moment de la phase aïgue de la maladie.

Au point de vue de la délimitation nosologique de la Psychose de motilité akinétique il y a lieu de faire les remarques suivantes : la catalepsie hystérique est à considérer comme un syndrome psychomoteur akinétique et elle rentre donc dans cette psychose. Par contre il n'y a pas identité entre Psychose de Motilité et Catatonie (au sens de Kahlbaum). La Psychose de motilité akinétique ne comprend qu'un nombre restreint du cas de Catatonie : ceux qui sont caractérisés par une évolution aïgue rapide, et dans lesquels les symptômes akinétiques et hyperkinétiques existent longtemps seuls. «Des symptômes catatoniques ou, à notre sens, spécifiquement moteurs, existent d'habitude dans la plupart des psychoses chroniques à évolution progressive». L'ancienne «Melancholia attonita», englobée toute entière dans la Catatonie de Kahlbaum, correspond, à peu près, à ce que Wernicke entend par Psychose de motilité akinétique. Toutefois, Wernicke remarque qu'il n'a pas encore eu sous les yeux de forme absolument pure de Psychose de motilité akinétique, c'est-à-dire dépourvue de désorientation dans d'autres domaines que la psycho-motricité.

La *Psychose de motilité cyclique,* n'est qu'une psychose composée d'une première phase hyperkinétique et d'une seconde phase akinétique. L'akinésie apparaît dans le domaine de la parole avant de se manifester dans la motricité générale.

Dans la *Psychose de motilité complète,* on a un syndrome psycho-moteur, où coexistent des symptômes akinétiques, hyperkinétiques et parakinétiques.

Après avoir ainsi rapidement passé en revue ces quelques formes relativement «pures» (c'est-à-dire celles qui réalisent le mieux les tableaux cliniques que la théorie de Wernicke permet de prévoir) on va énumérer dans les lignes suivantes les formes dites «mixtes» et les formes «composées».

Wernicke appelle *Manie confuse* ou *Confusion agitée* une autopsychose dûe à une combinaison de troubles intrapsychiques (du type maniaque), psycho-sensoriels et psychomoteurs. Elle apparaît, soit comme la phase paroxystique d'une Manie pure, au moment où la fuite des idées devient incohérence, soit au cours d'une Manie récidivante. Un certain nombre de «Manies périodiques» sont en réalité à ranger dans cette forme.

De tous les cas que Meynert avait groupé sous le nom de *Amentia* ou Confusion mentale aïgue, et qui comprenaient des formes nombreuses d'autopsychoses, d'allopsychoses, somatopsychoses et psychoses à motilité, Wernicke retient un syndrome, la *Confusion asthénique.* Elle survient à la suite de manie confuse ou de toute autre psychose, comme un effet de l'épuisement et est caractérisée par une désorientation allopsychique, sans obnubilation, avec incohé-

rence associative sans fuite des idées, de l'aprosexie et de l'asthénie. Wernicke met en doute l'existence d'une confusion asthénique primitive. Il admet l'existence de confusion mentale à titre de syndrome passager dans un grand nombre de psychoses.

La *Psychose anxieuse* est une allosomatopsychose qui a pour symptôme fondamental l'angoisse (généralement localisée par le malade dans une partie précise du corps). A ce symptôme s'ajoutent des idées délirantes autopsychiques, (auto-accusations, incurabilité etc..), souvent des hallucinations et parfois de l'interprétation délirante. L'affectivité est psychologiquement motivée par les autres troubles et il en est de même pour les symptômes moteurs, à l'origine desquels, cependant, dans un certain nombre de cas, une motivation psychologique n'est plus reconnaissable et qui sont alors d'origine psycho-motrice : mouvements rythmiques. Ménopause, sénescence, épilepsie, alcoolisme, sont les terrains sur lesquels se développe la psychose d'angoisse. Elle peut exister à titre symptomatique dans les cardiopathies décompensées. Son évolution, parfois rapide (psychose transitoire), peut, soit aboutir à la guérison, soit passer à une psychose de motilité ou une psychose sensorielle. Associée à un syndrome hyperkinétique, elle forme la *Mélancolie agitée*.

Outre les formes que l'on vient de mentionner, Wernicke distingue encore un certain nombre de formes mixtes, citées déjà en partie plus haut, et dont nous nous bornerons à donner un tableau.

1) Cas avec prédominance de désorientation autopsychique :

Psychose anxieuse délirante ;
Mélancolie agitée ;
Cas-frontière entre la Psychose anxieuse et la Mélancolie affective.

2) Auto-somatopsychoses :
Mélancolie hypochondriaque ;
Mélancolie dépressive ;

3) Allo-Somatopsychoses :
Délire de persécution hypochondriaque ;

4) Allo-auto-somatopsychoses :

*Psychoses transitoires*. Ce sont des cas aïgus de psychose sensorielle totale avec délire d'appréhension hypochondriaque, phantastique, caractérisés par un début brusque et une évolution très rapide. L'étiologie est, suivant les cas, constituée par l'épilepsie, l'alcoolisme, l'hystérie, des traumatismes crâniens, des intoxications.

*Psychose sensorielle aïgue progressive,* dont la symptomatologie est analogue mais dont l'évolution est plus lente et où s'ajoutent des symptômes moteur akinétiques, parakinétiques et hypokinétiques.

Dans les cas où apparaîtra dans cette forme, à côté du syndrome mental, un syndrome neurologique, on sera en présence de la *Paralysie générale* sous la forme dite «*galopante*».

5) Combinaisons d'états maniaques avec d'autres psychoses :

Allopsychoses maniaques.

Manie furieuse. C'est une manie avec angoisse, hallucinations auditives verbales et délire d'interprétation. Elle peut former une phase de la Paralysie générale.

Confusion asthénique (consécutive à une manie avec désorientation allopsychique).

Auto-allo-psychose asthénique des jeunes filles.

6) *Formes mixtes des Psychoses de Motilité.*

Allopsychose hyperkinétique (syndrome assez semblable à la Manie confuse).

Psychose de motilité hyperkinétique avec symptômes hypochondriaques ;

Psychose de motilité hyperkinétique avec désorientation totale ;

Psychose de motilité complète avec désorientation sensorielle totale :

Psychose aïgue progressive ;

Psychose de motilité akinétique avec symptômes hypochondriaques ;

Psychose de motilité akinétique avec désorientation totale, et dont le pronostic est très mauvais.

Psychose de motilité cyclique.

Wernicke appelle «psychoses composées», en dehors de la Psychose circulaire et de la Psychose de motilité cyclique, toutes celles qui, au cours de leur évolution, présentent une phase psycho-motrice, apparaissant dans l'ensemble de la psychose comme l'état paroxystique. Voici une énumération des principales de ces formes composées :

Psychose anxieuse se transformant en Psychose sensorielle totale ;

Psychose anxieuse se transformant en Psychose de motilité ;

Hallucinose aïgue se transformant en Psychose de motilité complète ;

Autopsychose circonscrite par idée prévalente se transformant en Psychose de motilité complète ;

Psychose de motilité akinétique se transformant en Manie avec confusion sensorielle et où Wernicke admet un bon pronostic.

Dans ce qui précède, on a vu comment Wernicke classait les cas cliniques suivant des considérations psychologiques, qui découlaient de ses conceptions personnelles sur le mécanisme mental. Il arrivait ainsi, à l'aide de compromis (formes mixtes et composées) à répartir dans des cadres théoriques tous les cas concrets qui peuvent se présenter. On a remarqué cependant qu'il était un caractère important, l'évolution clinique, qui n'entre pas dans son système de classification. Il joue cependant un rôle fondamental dans la connaissance des maladies mentales dont les tableaux cliniques, à un moment donné de leur évolution, sont souvent dépourvus de caractéristiques objectives qui permettent de les individualiser les uns par rapport aux autres. Il est intéressant, dans ces conditions, de voir quelle attitude sera la sienne, en face d'une maladie mentale dont l'étiologie est relativement bien établie, l'unité prouvée par l'existence de symptômes qui lui sont particuliers, un substratum anatomo-pathologique déterminé et où, pourtant, on rencontre une grande variété de syndromes mentaux.

La *Paralysie générale,* qui présente tous ces caractères, est classée par Wernicke à l'écart, à la fois des formes carac-

térisées par l'altération du contenu mental et des formes étiologiques (dont un aperçu sera donné plus bas). Pour lui, «la Paralysie générale n'est qu'un ensemble étiologique de psychoses qui, à part cela, sont très différentes entre elles» (31, p. 458) et il qualifie de «symptômes étrangers» (31, p. 466) ceux qui, comme l'amnésie de fixation, existent d'une manière à peu près constante à côté des syndromes variables et dont l'ensemble, associé au syndrome neurologique, est à considérer comme pathognomonique pour la Paralysie générale. On voit combien le clinicien Wernicke, pour lequel l'unicité de Paralysie générale ne fait aucun doute, est obligé de faire de graves concessions au théoricien. Il pense que la diversité des aspects cliniques, au point de vue psychique, opposée aux lésions histologiques et au syndrome neurologique univoques, tient à une diversité de localisations. On voit, en effet, que Wernicke fonde tout son système de classification sur une conception du mécanisme mental qui n'a de psychologique que l'apparence mais n'est, en réalité, que la transposition, à peine voilée, du schéma géométrique qui symbolise l'arc réflexe psychique. «On ne peut trop insister sur le fait que notre principe de classification le plus immédiat doit être celui de la disposition anatomique, en d'autres termes, celui du groupement et de la succession des modifications du contenu» (31 p. 165). Et cet arc réflexe n'est pas seulement pour lui un symbole, un simple moyen de démonstration, une manière de se figurer les choses, mais donne véritablement, en simplifié, l'anatomie réelle de l'appareil mental. S'il différencie donc divers mécanismes psychopathologiques, il entend par là, non pas vraiment des différences de nature entre ces mécanismes (ceux-ci étant réduits à des phénomènes par excita-

tion et à des phénomènes déficitaires) mais bien toujours des différences de localisation aux divers points de l'écorce, équivalent infiniment complexe du schéma. «Nous pourrons considérer certains groupements de symptômes comme l'expression de systèmes (Ordnung) anatomiques déterminés dans les voies d'association» (31, p. 162). «Tenons nous au fait qu'un même lieu fait toujours les mêmes symptômes» (31, p. 162). Wernicke conclut du cours ordonné et régulier de la pensée normale à une fixité et solidité des liaisons fonctionnelles associatives, même des plus compliquées, telle, que «toute modification du contenu de la conscience a la valeur d'un symptôme de foyer, réserve faite de la dignité clinique, qui variera selon qu'il s'agit d'un état d'excitation ou de paralysie, mais qui, pour le reste, se comportera comme les symptômes de foyer bien connus des maladies organiques du cerveau» (31, p. 100).

Quelle que soit la signification théorique que peuvent avoir les divers syndromes paralytiques, ceux-ci se présentent, suivant la description de Wernicke, sous les formes suivantes. La psychose spécifiquement paralytique est l'autopsychose expansive (Délire de grandeur paralytique). A côté d'elle on rencontre la Manie paralytique (pure ou accompagnée de symptômes psycho-moteurs), la Mélancolie affective, généralement associée à la Psychose anxieuse avec délire d'interprétation, la Mélancolie dépressive, le Délire paralytique, la Stupeur paralytique, la Psychose anxieuse et surtout la Psychose anxieuse hypochondriaque, la Psychose de motilité hyperkinétique, l'excitation du langage isolée avec fuite des idées etc. . etc. . «la Paralysie générale est le type d'une psychose composée» (31, p. 466) dans laquelle plusieurs

phases se succèdent. Dans certains cas la Paralysie générale évolue d'emblée sous forme d'une démence à progression continue ou encore par poussées.

Quant à l'étiologie, Wernicke considère la Paralysie générale comme le type des psychoses d'origine syphilitique. Il indique comme causes occasionnelles toutes les causes d'affaiblissement organique, et insiste particulièrement sur le rôle de l'«Influenza, redevenu endémique».

On a vu plus haut que Wernicke ne reconnaissait comme seul principe de classification que celui qui prenait pour mesure la localisation anatomique et ne tenait compte de l'étiologie qu'en second lieu. Il donne, cependant, aussi une division des psychoses selon leur étiologie, mais se défend explicitement de lui attribuer la même importance qu'à sa classification anatomo-clinique. «La considération étiologique n'est utile qu'à condition que nous la séparions rigoureusement de la définition clinique des différentes psychoses et que nous n'ayons pas la prétention de construire artificiellement des formes cliniques déterminées dont l'étiologie est la seule condition». Comme le montrera l'énumération suivante, Wernicke choisit des facteurs extrêmement différents comme causes principales des psychoses. Les uns, causes directes, comme l'alcoolisme, d'autres comme l'hystérie, l'épilepsie qui sont des facteurs de terrain, d'autres dont le rôle est encore obscur, comme les troubles physiologiques de l'économie au cours de l'évolution normale, puberté, ménopause, involution, et enfin l'hébéphrénie qui ne paraît être, pour Wernicke, qu'une appellation servant à désigner certaines psychoses spécifiquement juvéniles.

Un premier groupe étiologique est formé par

*L'Alcoolisme*. Wernicke lui subordonne les psychoses suivantes : Délirium tremens, Ivresse pathologique, Hallucinose aïgue, Hallucinose chronique, Psychose polynévritique, Dipsomanie (sur terrain dégénéré), Délire de jalousie (Autopsychose par idée prévalente), Psychose anxieuse alcoolique, Stupeur alcoolique, Pseudo-paralysie générale alcoolique. Les intoxications cocaïniques, morphiniques, du Plomb et de l'Arsénic produisent des formes étiologiques assez caractéristiques.

*L'Hérédité* joue un rôle prédisposant. 50% des sujets atteints de psychoses aïgues (en ajoutant aux psychoses proprement dites les cas-frontière entre psychose et névrose) montreraient une prédisposition héréditaire au sens large. Wernicke admet que les formes suivantes se développent sur terrain dégénéré (à hérédité chargée) : Névrose d'obsession, Névrose hypochondriaque, Délire fébrile, Perversion de l'instinct (perversions sexuelles) les Psychoses transitoires comme l'ivresse pathologique, une Démence primitive apparaissant au moment de la puberté, la moral insanity (autopsychose morale), les Manies et Dépressions affectives survenant dans la jeunesse, surtout chez la femme.

*L'Epilepsie est considérée* comme facteur étiologique prédominant dans les cas suivants :

Etats crépusculaires épileptiques, accès de rage (Wutanfall) épileptique (avec conservation de la mémoire de fixaton), la Stupeur postépileptique, des Psychoses sensorielles et motrices avec désorientation allopsychique, des états hallucinatoires anxieux avec conservation de l'orientation allo-

psychique, Etats seconds (dont l'étiologie est en général plutôt hystérique).

*L'Hystérie* comprend des formes de psychoses dont la plupart ont les caractères d'états crépusculaires : Delirium hystérique, Catalepsie, considérée par Wernicke comme Psychose de motilité akinétique, Cas-frontière entre Hystérie et Dégénérescence, Syndrome de Ganser, Etats seconds, Psychoses transitoires émotives des enfants du type «pavor nocturnus», Etats post-émotionnels de désorientation allopsychique avec parakinésies, chez les adolescents. Névroses hystériques d'angoisse et d'obsession.

*L'Hébéphrénie* n'est pas, pour Wernicke, une forme clinique déterminée, comme pour Kahlbaum, mais ne sert, simplement, qu'à désigner certaines psychoses dont le caractère commun est leur développement au moment de la puberté. En dehors de cela, elles présentent cependant encore une évolution particulière, sous forme de psychoses composées, par poussées, et aboutissent, en général, à la démence. En voici les principales :

Héboïdophrénie, forme rare spécifiquement juvénile,

Autopsychose expansive hébéphrénique, dans laquelle il fait entrer la «Paranoïa primitive» (Sander).

Des psychoses de motilité, surtout akinétiques.
Psychose anxieuse hypochondriaque.

Au cours de la *Sénéscence* on rencontre :
La Presbyophrénie.

La Mélancolie affective mêlée à la psychose anxieuse et ayant tendance à récidiver ;

L'Autopsychose aïgue avec délire de persécution physique, s'étendant aussi aux personnes de l'entourage.

Wernicke fait intervenir la *Ménopause* comme facteur étiologique dans la Psychose anxieuse, la Névrose d'angoisse, le Délire d'interprétation chronique, la Psychose de motilité complète. Ces formes de la ménopause ont un mauvais pronostic.

La *Menstruation* jouerait un rôle spécifique dans l'étiologie de la Psychose de motilité hyperkinétique et la Manie confuse. Elle intervient moins souvent dans les formes mixtes de manie : Allopsychose maniaque, Allopsychose maniaque hyperkinétique, Manie furieuse. Ces formes menstruelles ont une tendance à la récidive, mais guérissent souvent.

Dans la *Puerpéralité,* Wernicke voit une étiologie des formes suivantes : Psychose de motilité hyperkinétique avec tendance à la récidive, Psychose de motilité akinétique. Manie pure (rarement). Psychose hypochondriaque avec désorientation allopsychique.

Il ne reconnaît pas *l'inanition* comme facteur étiologique particulier ; il pense que dans la plupart des psychoses il est possible de déceler une cause épuisante.

Enfin il entend par *Psychoses symptomatiques* toutes celles dont l'apparition dépend de maladies somatiques. Il cite parmi celles-ci le Délire fébrile, la Psychose anxieuse chez des cardiaques et rénaux dyspnéïques, la Mélancolie affective A dont il a observé un cas dans une «périty phlite».

Wernicke admet pour les psychoses aïgues trois façons de se terminer : par la guérison, par le passage à un état paranoïde, par la démence.

Les états paranoïdes, phases résiduelles et chroniques des psychoses aïgues, ont pour caractères essentiels l'existence d'un contenu mental faussé, à la suite des phénomènes de séjonction de la phase aïgue, en même temps que l'activité mentale est redevenue normale. Wernicke compare le désordre mental définitif, qui est celui de ces malades, à un syndrome de tumeur cérébrale, tel qu'à un moment de son évolution il apparaît constitué par la sommation de symptômes de foyer. La réaction d'une activité mentale bien conservée aux altérations du contenu, donnera naissance à la symptomatologie particulière de ces états paranoïdes. Quant à l'importance de ces modifications de contenu, elle sera variable, pouvant être telle, dans certains cas, qu'il en résultera une confusion interne particulière (inhaltliche Verwirrtheit) qu'on pourra prendre pour une confusion mentale vraie, mais dont la nature spéciale apparaîtra sans peine, si l'on considère que, pour des malades présentant exactement les mêmes altérations de contenu, cette confusion n'existerait pas. Suivant le domaine sur lequel portera la modification du contenu, Wernicke distingue, comme pour les psychoses aïgues, des syndromes de désorientation autopsychique, somatopsychique et allopsychique.

Les syndromes de désorientation autopsychique seront souvent bornés au manque d'auto-critique, concernant les phénomènes pathologiques de la phase aïgue. Les syndromes de désorientation somatopsychique prendront la forme hypochondriaque. Les idées de grandeur et de persécution,

enfin, seront l'expression de l'atteinte du contenu autopsychique. En réalité, malgré que la phase aïgue de la maladie soit passée, dans certains de ces cas, le processus pathologique n'est cependant pas tout à fait éteint, et Wernicke distingue, parmi les états paranoïdes, ceux qui ne sont que résiduels de ceux qu'il faut considérer, au contraire, comme évoluant encore, progressivement mais très lentement. Parmi les éléments psychopathologiques qui entreront dans la constitution des systèmes délirants caractéristiques des états paranoïdes (qui sont l'effet de la stabilisation relative des processus pathologiques), les uns résultent de la réaction d'une activité mentale normale, tandis que les autres sont à mettre sur le compte d'un processus pathologique encore en activité. Les idées délirantes d'explication, pour la genèse desquelles un minimum de lucidité est nécessaire, qui n'existe pas toujours dans les psychoses aïgues, entrent dans la première catégorie, et il faut attribuer à la seconde la confabulation additive et soustractive, le délire d'interprétation rétrospectif et surtout les idées autochtones, hallucinations et délire d'interprétation. Dans ces états paranoïdes, le contenu des idées délirantes se bornera, en général, aux idées de persécution et de grandeur. Wernicke admet pour celles-ci la genèse suivante : les idées de persécution prendront leur origine à partir du délire d'interprétation ou de délire d'explication ; les idées de grandeur, elles, seront consécutives à des idées de persécution, à des coenesthésies particulières (sensations de puissance, de vigueur physique) ou bien encore à des idées d'interprétation. L'évolution pourra se faire selon quatre modes différents. Dans une première catégorie de cas elle sera horizontale, il n'y aura plus de changements dans le tableau tel que l'aura

laissé la psychose aïgue. D'autres cas suivent une évolution très lente, progressive, chronique, où l'état paranoïde se développe à partir d'idées d'interprétation pour se systématiser peu à peu. D'autres états paranoïdes, qui apparaissent après un accès aïgu d'Hallucinose alcoolique, précédé d'accès semblables, se systématisent sous forme d'un délire de persécution physique. Enfin, dans une dernière forme, l'état paranoïde prend naissance au cours d'une Mélancolie affective et suit alors une marche chronique, ascendante.

Les cas de Psychoses aïgues qui ne se terminent pas par la guérison ni ne se transforment en états paranoïdes, d'une part, et, d'autre part, les états paranoïdes, eux-mêmes, aboutissent à la démence.

La démence est caractérisée, pour Wernicke, par un amoindrissement quantitatif des connaissances, un affaiblissement du jugement, en tant qu'appliqué à des objets situés en dehors des idées délirantes et autres symptômes psychopathologiques, une inadaptabilité des actes aux situations, l'impossibilité de distinguer entre elles des notions abstraites, l'inactivité, les troubles de la prosexie. Les stades démentiels de chaque psychose ont certains caractères qui permettent de les différencier. C'est ainsi qu'on peut reconnaître la démence paralytique de la démence postapoplectique, épileptique, alcoolique, sénile et hébéphrénique. Cette dernière est caractérisée, pour Wernicke, par la puérilité niaise, la paresse intellectuelle (Denkfaulheit) et une certaine puérilité de langage.

On a pu constater, au cours de cet exposé, qu'à plusieurs reprises, Wernicke était amené à critiquer les conceptions de Kraepelin et l'on a l'impression, en le lisant, qu'il y avait entre eux plus que de simples divergences de détail. Au moment où Wernicke publiait son traité de Psychiâtrie (1894), il se trouvait en présence de deux tendances principales dans la psychiatrie allemande. L'une, purement empirique, étroitement attachée à la symptomatologie, commençait, peu à peu, à faire place à une école nouvelle, incarnée par Kraepelin, qui avait adopté, comme seul moyen d'investigation, l'observation clinique serrée, portant à la fois sur les détails et les ensembles, telle que Kahlbaum l'avait inaugurée. La doctrine de Kraepelin (dont le traité paraît dans sa première édition en 1883) ne se développe, dans ses particularités originales, que peu à peu. Son point de vue, radicalement opposé à celui de Wernicke, ainsi que l'importance de sa méthode et de son œuvre, ont paru donner quelque intérêt à une comparaison entre ces deux doctrines. Il sera peut-être possible, par une telle confrontation, de discerner, dans la doctrine wernickienne, ce qu'elle a de véritablement originale et de viable.

La psychiatrie de Kraepelin, ayant subi en France une diffusion importante (que n'a pas eu celle de Wernicke), on peut considérer actuellement qu'elle n'y est ignorée d'aucun aliéniste. Dans les lignes suivantes, elle sera donc supposée connue et l'on se bornera à en relever seulement les particularités propres à mettre en relief les différences qui la séparent du système de Wernicke.

Avant de mettre en parallèle leurs points de vue en pathologie mentale, il sera utile de préciser l'attitude que cha-

cun d'eux adopte à l'égard de certaines questions générales : psychologie normale, localisation anatomique, principes de classification.

En feuilletant les quatre volumes de la 8e Edition de Kraepelin, on y remarque tout de suite une lacune significative : la psychologie normale ne fait l'objet d'aucun chapitre spécial. Wernicke, au contraire, consacre 80 pages de son traité à représenter la machinerie compliquée de l'esprit normal. Il lui faut, en effet, avant d'aborder la pathologie mentale, exposer la théorie du fonctionnement psychique, en fonction de laquelle il observe et interprète son matériel d'observation clinique. Cette doctrine, comme on l'a vu, consiste à monnayer, pour ainsi dire, les données fuyantes de l'introspection en les assimilant à des phénomènes physiques, seuls susceptibles de lui fourir les matériaux dont il a besoin pour sa reconstruction intelligible des fonctions mentales. L'attribution, même hypothétique, de propriétés spatiales aux faits de conscience, considérés en tant qu'ils peuvent être connus par introspection (et non dans leurs manifestations accessibles à l'étude objective), ne pourra plus guère être admise aujourd'hui. Mais il ne faudrait pas méconnaître la justesse hardie de son «réflexe psychique» qui donne, en somme, des fonctions corticales, pour autant que leur mécanisme puisse être inféré des données physiologiques actuelles (Pavlov), une image qui correspond dans une certaine mesure à la réalité.

Il n'était peut-être pas inutile, d'autre part, au risque même de faire violence à la complexité du réel, de créer une terminologie, fournissant quelques points de repère qui permissent de diviser les difficultés. Toute représentation de faits abstraits n'étant possible que sous une forme symboli-

que, il s'ensuit que l'intelligibilité même du mécanisme qu'il proposait ne pouvait être obtenue qu'au prix d'une schématisation grossièrement géométrique. Qu'il ait presque identifié sa figure symbolique à la réalité qu'elle représentait, c'est là un point faible dans sa doctrine et un danger commun à tout essai de systématisation très générale.

Kraepelin, par contre, s'il écarte délibérément toute étude des mécanismes de la psychologie normale, ne se passe pas de psychologie. En l'absence d'une analyse scientifique qui eût démonté le mental en ses éléments naturels (9, p. 46), il adopte, une fois pour toutes, la division traditionnelle en trois domaines : phénomènes volontaires, affectifs, intellectuels, et se sert pour l'analyse clinique de termes fixés par l'usage courant, sans leur attribuer d'autre signification que celle de moyens arbitraires, n'impliquant rien de plus qu'ils ne désignent. Leur seul office est de décrire fidèlement. A travers les différentes éditions de son traité, on le voit s'efforcer à devenir de plus en plus simple et concret. Dès sa première édition il rejette explicitement toute figuration spatiale des phénomènes de conscience (8, préface).

Entre Wernicke et Kraepelin, en ce qui concerne la signification qu'ils attribuent à la psychologie normale, la différence saute aux yeux. Pour Wernicke la connaissance du mécanisme normal est la condition absolue pour comprendre les faits pathologiques ; l'on devra «déduire la symptomatologie à partir des propriétés connues de l'organe malade, c'est-à-dire, dans notre cas, des propriétés du cerveau. Cette voie, seule, nous permet d'entrevoir la possibilité d'acquérir une classification complète, naturelle et une vue générale des symptômes, fondée dans l'essence même des choses» (31,

p. 2). Kraepelin, dont le but principal est, comme on le précisera plus loin, non pas, d'abord, de comprendre les faits dans leur mécanisme, mais d'en connaître les manifestations cliniques suffisamment bien pour pouvoir prévoir leur évolution, sera, de ce fait, beaucoup plus attaché que Wernicke à la pure description.

La mécanique psychologique de Wernicke n'est pas adoptée par Kraepelin, comme on l'a vu plus haut ; mais rejette-t-il du même coup toute mise en rapport des phénomènes psychiques avec le cerveau? Loin d'ignorer les données anatomiques et de physiologie expérimentale qui établissent entre diverses régions de l'écorce et certains phénomènes sensoriels et moteurs des relations constantes, il les reconnait entièrement mais ne reconnait qu'elles. «Tout essai qui tente de placer des phénomènes de conscience, à l'exception des impressions sensorielles et des impulsions motrices les plus simples, dans des territoires corticaux déterminés, est destiné à échouer, avant tout par suite de l'imperfection de nos connaissances psychologiques. Ces phénomènes de conscience, même les plus vulgaires, se révèlent à un examen quelque peu précis comme tellement compliqués, que nous concevons sans peine pourquoi l'instrument de notre vie intérieure a une structure si désespérément inextricable . . . . Nous ignorons, en particulier, quels phénomènes (psychiques) nous pourrions considérer comme élémentaires et fondamentaux et mettre ainsi en rapport avec une unité structurelle de l'écorce» (9, p. 46). Les troubles mentaux ne lui apparaîtront donc pas, comme à Wernicke, caractérisés par la localisation des perturbations qui les produisent, et cette notion de localisation ne jouera aucun rôle dans sa conception du symptôme. Elle

pourra intervenir d'une manière accessoire et selon les données anatomo-pathologiques, pour caractériser une maladie mentale. On se rendra compte de l'extrême prudence avec laquelle Kraepelin essaye d'interpréter les rares données anatomo-pathologiques positives qu'il a été possible jusqu'à présent de mettre en évidence, en relisant les pages où il met en parallèle l'atteinte élective de certaines couches corticales dans la Démence précoce avec les symptômes spécifiques de cette maladie ; et ce n'est que dans cette psychose et dans la Paralysie générale qu'il lui paraît possible de mettre la spécifité de l'aspect clinique sur le compte d'une localisation spécifique. La dépendance qu'il essaye d'établir entre certaines formes cliniques de Syphilis cérébrale et certaines formes anatomiques déterminées, correspondantes, ne repose que sur des données d'expérience. Qu'il fût possible de rapprocher certains symptômes qu'on rencontre dans les troubles mentaux avec des symptômes semblables, relevant de lésions en foyer, cela ne lui échappe pas, et il reconnaît des agnosies sous forme de trouble de la compréhension du langage parlé ou lu dans le Delirium tremens, les délires infectieux et traumatiques, les états crépusculaires surtout épileptiques, les états de confusion délirante chez certains maniaques et séniles. Des apraxies et parapraxies sont décrites par lui dans la Catatonie (9, p. 44) mais, selon lui, l'interprétation de pareils symptômes, en faveur d'une localisation, est encore prématurée (19, p. 49-50).

Chez Wernicke toute manifestation de l'activité mentale suggère immédiatement une réplique anatomique correspondante, et cette conception ne saurait surprendre chez celui qui avait découvert la localisation de l'aphasie

de compréhension. Il ne veut d'ailleurs pas que l'on confonde sa théorie avec une simple vue de l'esprit. «Il y a une différence importante à poser théoriquement différents centres fictifs (centre coordinateur, conceptuel etc.) en se passant complètement de bases anatomiques, soi-disant parce que les fonctions absolument inconnues du cerveau ne justifient pour le moment encore aucune conclusion anatomique et, d'autre part, au contraire, après une étude approfondie de l'anatomie cérébrale et se basant sur les principes presque universellement reconnus aujourd'hui de la psychologie d'expérience — de traduire les données anatomiques en psychologiques et de constuire une théorie à partir d'un tel matériel» (19, p. 68). Fonction mentale et substratum anatomique resteront indissolublement liés l'un à l'autre et cette dépendance finira par prendre une forme telle que le mental, considéré dans un de ses aspects essentiels, n'apparaîtra plus que comme un décalque de son substratum.

Si, sous cette forme outrée, on ne peut plus guère admettre, aujourd'hui, les idées de Wernicke, il n'en reste pas moins vrai qu'il a fait entrevoir la possibilité de différencier, parmi l'innombrable variété des symptômes, certains d'entre eux qu'il fût possible de considérer comme résultant de l'atteinte de fonctions véritables de l'écorce, c'est-à-dire de systèmes fonctionnels mentaux relativement autonomes, auxquels on serait autorisé, jusqu'à un certain point, en vertu même de cette autonomie, d'assigner une localisation. Ces maladies mentales créent des états dont, par recoupement d'un grand nombre de cas, on peut arriver à différencier des éléments, qui permettent de supposer l'existence de fonctions que leur abolition ou leur altération, seules, révèlent (13, 14, 17). L'apha-

sie a ainsi découpé des mécanismes que la linguistique ne connaît pas (18). On est en présence d'un état de choses comparable à ce qui s'est passé, par exemple, pour la connaissance du système nerveux intracardiaque, dont la pathologie, en le disséquant, a montré le mécanisme. Ces «phénomènes de foyer psychiques» (comme les appelle Wernicke) qui pratiquent dans la continuité inintelligible du mental des découpages, interprétés par lui comme l'abolition de fonctions indépendantes, diffèreront des autres symptômes psychiques parce que plus simples, mieux analysables qu'eux, atteignant les fonctions mentales dans certaines parties plus familières à l'observateur, celles qui se rapprochent des fonctions motrices et sensorielles. Rendre possible une localisation en retrouvant la fonction sous le syndrome, telle paraît avoir été la préoccupation fondamentale de Wernicke. «La Psychiatrie, dit-il, n'a pas seulement à observer et à expliquer les anomalies de la vie de l'esprit, mais doit tirer de ces anomalies tout le bénéfice que les maladies, ces expériences instituées par la nature, peuvent procurer en vue de la connaissance de la fonction normale d'un organe» (22, p. 12). S'il est permis de faire une remarque à ce sujet, on ne peut, cependant, s'empêcher de se demander, avec Goldstein, jusqu'à quel point, quand on aura localisé un appareil mental, on en connaîtra le fonctionnement (2, p. 638).

Comme il ressortait des idées de Kraepelin, citées plus haut, observation phénoménale et physiologie de l'écorce sont, au contraire, pour lui, deux disciplines entièrement distinctes qui, jusqu'à nouvel ordre, ont à poursuivre un même but sur des chemins séparés, peut-être convergents.

Wernicke s'oppose à Kraepelin d'une manière tout aussi tranchée lorsqu'il s'agit de l'importance attribuée à l'étiologie pour caractériser des entités morbides. Comme on l'a vu, l'étiologie n'intervient qu'en second lieu, chez Wernicke, pour grouper des formes pathologiques déjà entièrement définies par leur localisation et leur symptomatologie. Prenons par exemple la psychose polynévritique, qui est une allopsychose, bien connue dans tous ses détails, elle ne devra aucun de ses symptômes caractéristiques à l'intoxication particulière qui l'a causée. Et ceci est tellement vrai, dit Wernicke, qu'il y a quasi-identité entre elle et la Presbyophrénie, dont l'étiologie est, cependant, toute différente.

Cet exemple est relevé par Kraepelin, et sa manière de voir montre bien l'abîme qui sépare sont point de vue et celui de Wernicke.

Premièrement, dit Kraepelin, entre Presbyophrénie et maladie de Korsakov, existent des différences de symptômes absolument indéniables, et c'est précisément sur cette catégorie de symptômes spécifiques que doit porter l'attention toute particulière du clinicien. Le clinicien a un but pratique, qui est de faire un pronostic. Ce qu'il recherchera avant tout, ce seront donc, justement, parmi tous les symptômes, ceux qui seront particuliers à un certain groupe de formes, ceux qui, même peu frappants au premier abord, permettront d'isoler cliniquement ce groupe et de le reconnaître immédiatement, même en l'absence de toute donnée étiologique.

Cette conception du symptôme est, comme on le voit, toute autre que celle de Wernicke. Les symptômes, pour lui, sont hiérarchisés selon qu'ils sont l'expression, plus ou moins immédiate et clairement apparente, de la localisation.

Un deuxième point, selon Kraepelin, permet, d'autre part, de rattacher la psychose de Korsakow aux autres psychoses d'origine alcoolique, c'est son évolution. Elle se développe, en effet, souvent à la suite d'un Delirium tremens et fréquentes sont les formes où coexistent les tableaux cliniques des deux psychoses. L'examen du système de classification wernickien a montré, plus haut, que cette notion d'évolution n'y jouait aucun rôle. Par suite d'une conception particulière des formes pathologiques, qu'il n'examine que par coupes transversales (Querschnitt), si l'on peut dire, il ne tient aucun compte, pour leur caractérisation nosologique, de leur développement dans le temps.

Enfin, troisième point, qui permet de rattacher la psychose de Korsakow aux autres psychoses d'origine alcoolique, c'est, pour Kraepelin, la distinction entre les vraies causes et les causes seulement médiates. De même que la Paralysie générale peut être considérée comme une métasyphilis, rien ne s'opposerait à ce que la maladie de Korsakow, ainsi que l'Hallucinose alcoolique et le Delirium tremens, fussent considérés comme l'effet, seulement médiat (par l'intermédiaire de troubles organiques d'origine alcoolique), de la même intoxication. Ce seraient des psychoses métaalcooliques. «Il nous faut, jusqu'à la preuve du contraire, nous tenir avec une rigueur extrême à cette loi : que des phénomènes pathologiques, relevant de causes nettement différentes, ne peuvent être essentiellement semblables, même si, par moment, il est impossible de distinguer entre eux les syndromes» (10, p. 183). «A chaque cause, qui pourra créer une psychose, correspond un mécanisme pathologique déterminé, dont l'expression sera

fournie par les symptômes et le développement complet.» (9, p. 524).

Les symptômes primaires ou élémentaires de Wernicke (Primärsymptome, Elementarsymptome) ne doivent leur prédominance qu'à leur conformité à une symptomatologie prévue par la théorie. Un tableau clinique ne sera «entièrement compris» (vollständig verstanden) (31, p. 444) que lorsque les éléments symptomatiques en seront tels, qu'il sera possible, en partant de ces seuls éléments, de reconstituer théoriquement son mécanisme.

Pour Kraepelin le «symptôme essentiel» (Wesentliches Krankheitszeichen) aura une tout autre signification (10, p. 8). Il sera caractérisé par sa constance au cours de l'évolution et sa valeur diagnostique, qui permet de le comparer, à peu près, aux symptômes «cardinaux» de la médecine interne.

Pour faire toucher du doigt la véritable différence de tournure d'esprit qui engendre l'opposition du point de vue wernickien et kraepelinien, il suffira de considérer la réaction personnelle de chacun d'eux, en face d'un symptôme soumis à leur observation. Prenons par exemple l'obsession. Alors que Wernicke s'attachera immédiatement à en donner une génèse théorique, qui satisfasse son besoin de systématisation, ce qui frappe Kraepelin, au contraire, c'est un fait d'observation clinique (la coexistence qu'on observe entre les obsessions et certains troubles affectifs) et il se bornera à signaler cette constatation clinique, sans aller plus avant dans l'explication des faits.

L'entité morbide, pour Kraepelin, sera établie à partir d'un ensemble de données, dans lesquelles devront être com-

pris, à côté des symptômes (hiérarchisés dans le sens indiqué plus haut), notamment le développement, l'évolution, la terminaison et l'étiologie. Ce qui réalise, en somme, une espèce de «coupe longitudinale» (Längsschnitt, d'après l'expression consacrée en Allemagne).

«Je suis, de plus en plus, d'avis qu'il faut se garder, par principe, d'attribuer à un seul phénomène pathologique une signification pathognomonique (kennzeichnend) ; même des états aussi dissemblables que l'excitation alcoolique, paralytique et maniaque ne peuvent être distingués, sûrement, sur un seul signe psychique. Il nous faut nous représenter que les causes pathogènes rencontrent partout dans notre cerveau des dispositifs préformés, dont le jeu maladif, autonome, est exprimé par l'image clinique. Toutes les causes d'excitation possibles pourront donc provoquer, par leur application au même point, des phénomènes pathologiques, peut-être tout à fait semblables. Mais ce qui sera difficilement créé, d'une manière tout à fait analogue, par des phénomènes pathologiques différents, c'est, comme on l'a mentionné plus haut, l'image clinique totale avec inclusion du développement, de l'évolution, et de la terminaison. Si donc des symptômes isolés et, dans certains cas, des syndromes entiers ne peuvent être mis sur le compte d'une maladie déterminée, en revanche, une vue générale complète de tout le cas pathologique permettra régulièrement d'atteindre le but, au moins quand nos connaissances, dans ce domaine, seront suffisamment avancées» (10, p. 949).

Cette conception, qui s'efforce de tenir compte de la totalité du donné, est bien différente de celle de Wernicke, dominée par la préoccupation de faire entrer dans des cadres ri-

gides des images cliniques déjà incomplètes, parce que restreintes à une seule prise de vue momentanée, au cours d'une évolution changeante. Ses grandes qualités d'observateur ne pourront empêcher une déformation de la réalité clinique, qui rend son système de classification inutilisable en pratique. Ce qu'il différencie, ce sont des syndromes. Il se contente d'étiqueter des cas aïgus, sans souci de la veille ni du lendemain. Sa nomenclature permet de donner, de tout processus morbide, une espèce d'instantané qui résume, en quelques mots «néoformés», l'image clinique passagère ainsi fixée, en indiquant nature et localisation du trouble fonctionnel cérébral dont elle est supposée être la manifestation. «L'examen exact des complexus symptomatiques mentaux ne pourra se passer d'une théorie toute faite qui lui prescrit sa direction» (19, p. 38).

Le procédé, qui permet à Kraepelin de constituer une entité morbide, sera bien différent. Laissant de côté toute vue préconçue, orienté tout entier vers la réalité clinique concrète, sa méthode sera celle dite des «expériences convergentes». «Pour éprouver jusqu'à quel point un symptôme peut-être utilisé, au point de vue diagnostic, il faut commencer par pousser son exploitation au-delà des limites que comporte son importance réelle, de façon à se faire une idée claire de l'extension de ces limites. L'erreur de diagnostic qui se produit alors, nous avertit qu'il est nécessaire de restreindre l'emploi diagnostic de ce signe, et cette restriction est, à son tour, poussé à tel point que de nouvelles erreurs diagnostiques, dans le sens opposé, en résultent. Ce procédé qui consiste, pour ainsi dire, à instituer des expériences entre deux formes morbides, avec les signes diagnostiques, jusqu'à ce que les

prévisions aient atteint le plus haut degré de certitude qu'il soit possible d'obtenir, nous fournit des entités morbides pratiquement utilisables, et dont on peut supposer qu'elles correspondent aux phénomènes pathologiques naturels» (10, p. 13). Kraepelin arrive ainsi à déterminer des groupements vraiment naturels, de véritables individualités nosologiques, fondées entièrement sur des données objectives, et dont la légitimité, à tout moment, sera vérifiable par leur rendement pratique.

Cette méthode scientifique, qui suppose, pour son application, un esprit objectif, prêt à modeler ses démarches sur le réel, et à redresser constamment les notions acquises, selon les enseignements de la pratique, est toute opposée à la méthode déductive de Wernicke. Au lieu de fournir de la réalité une vue directe, la méthode wernickienne la filtre, pour ainsi dire, à travers un système ingénieux mais incapable, comme tous les systèmes où le raisonnement théorique tient une place qui ne lui revient pas, de s'adapter à la complexité des faits réels, et Wernicke est ainsi obligé, volontairement, déjà pour l'étude des aphasies, de fermer les yeux sur une partie du donné. «Il n'est pas possible d'imaginer pire calamité à laquelle la doctrine de l'aphasie puisse être exposée, que celle qui consisterait à considérer les troubles de l'intelligence qui l'accompagnent et que l'on peut observer à l'occasion de toute autre maladie en foyer du cerveau, comme essentiellement liés au tableau de la maladie. On ferait alors la même erreur qu'en voulant expliquer la perte de connaissance qui accompagne l'accès apoplectique par la destruction du noyau lenticulaire» (19, p. 35) et plus loin : «La prise en considération de tels faits, qui restent inexplicables par nos éléments les

plus simples, a été volontairement évitée» (10, p. 69). Cette attitude dogmatique (pour l'appeler par son nom) est adoptée volontairement, et l'on s'en rendra compte, en lisant ses présentations de malades : les nuances particulières de certains cas et leur complexité ne lui échappent pas, il mentionne la différence qui existe entre le cas concret et la forme pure, mais il ne consent point, pour cela, à adapter ses conceptions nosologiques à l'expérience clinique (30, p. 13-17 par exemple).

Wernicke apparaît essentiellement comme un analyste, au regard duquel Kraepelin n'est qu'un «descriptif» (Schilderer), comme l'a appelé dédaigneusement Jaspers (7, p. 444).

Or, toute étude clinique est descriptive. Toute description a besoin de catégories. Entre Wernicke et Kraepelin la différence essentielle est dans les catégories que chacun d'eux a choisi. L'un les a emprunté à l'objet même de sa description, l'autre les a forgé lui-même.

Pour terminer, nous allons prendre un cas clinique courant et le soumettre successivement à l'analyse, selon les méthodes et la terminologie de Wernicke et de Kraepelin. On aura ainsi l'occasion de se faire une idée de la différence qui existent entre elles et de leur valeur pratique.

*Cas :* R.... Joseph, 24 ans. Début de sa psychose il y a un an : est devenu inactif, fixe un coin, paraît indifférent. A eu des hallucinations visuelles et auditives. Etats d'angoisse, au cours desquels a fait plusieurs tentatives de suicide. Paroxysmes d'excitation. Insomnie. — Pendant son sé-

jour à la clinique (4 mois $\frac{1}{2}$), on a constaté, chez lui, les symptômes suivants : Accessible en général et orienté dans le temps et l'espace, par moments devient muet, n'est alors plus accessible ou dit qu'il refuse de répondre aux questions. Périodes de légère excitation motrice et du langage. Débit de la parole rythmé, prononciation inusitée, avec emploi, parfois, de rimes et mélodies. Contenu formé par des phrases sans sens et des mots isolés, mis bout à bout ; de temps en temps, donne d'une manière assez cohérente des fragments d'anamnèse. Parle souvent en chuchotant. Transitoirement on relève une certaine fuite des idées. Démarche et gestes maniérés. Ces derniers sont souvent répétés d'une manière stéréotype. Mouvements rythmiques uniformes des doigts. Aux mouvements passifs qu'on essaye de lui imprimer, il oppose une résistance nette. Se plaint de sensations indéfinissables dans le dos, la région lombaire, les pieds, l'abdomen. S'est cru l'objet de l'attention particulière des gens du voisinage, avant d'être amené à la clinique. Quand on lui parle, il paraît distrait. Indifférence très marquée, brusques manifestations affectives, sans cause apparente, avec passage, sans transition, d'un état dépressif à un état expansif. Rire et pleurer niais. — Pas d'hallucinations concédées.

*Discussion.*

D'après Wernicke, le cas doit être interprêté de la manière suivante :

Orientation allopsychique conservée. Atteinte de l'orientation somatopsychique (idées hypochondriaques = paresthésies psycho-sensorielles somatopsychiques) et de l'orientation autopsychique (interprétation délirante = paresthésie psycho-

sensorielle autopsychique). La plupart des symptômes relèvent d'un trouble de l'indentification secondaire psychomotrice (stéréotypies — parakinésies psychomotrices, excitation du langage — hyperkinésie psychomotrice, mutisme initiatif et réactif — akinésie psychomotrice etc.). On constate, en outre, dans les antécédents, de l'aboulie (angoisse) et des phénomènes psycho-sensoriels (hallucinations).

Diagnostic : *Psychose de motilité complète* avec confusion mentale dissociative, qui s'est constituée à la suite d'une Psychose d'angoisse avec Psychose de motilité akinétique. Comme on le voit, ce diagnostic n'implique aucun pronostic et ne caractérise qu'un état passager.

Analysons maintenant ce cas d'après la méthode de Kraepelin.

Indifférence affective, ajoutée aux symptômes suivants, qui marquent une dissociation dans la personnalité : changements affectifs brusques, caractère niais des manifestations affectives et incohérence associative — permettent, par leur coexistence, de poser le diagnostic de *Démence précoce*.

Négativisme, maniérisme, stéréotypies, anomalies du débit de la parole, préciseront qu'il s'agit d'une *Catatonie*, dans laquelle se rangent aussi les autres symptômes moins caractéristiques (hallucinations, interprétation dél. etc. . . .) Le *pronostic*, comme on le sait, est lié au diagnostic. La maladie évoluera vers une démence, caractérisée par du maniérisme et du négativisme, soit directement (60% du cas), soit après une ou plusieurs rémissions qui ne dépasseront probablement pas 2-3 ans.

# CONCLUSIONS.

La doctrine psychiatrique de Wernicke est fondée sur une théorie du mécanisme mental, d'origine anatomo-clinique. L'application à la connaissance des fonctions mentales de notions principalement fournies par l'étude des aphasies, lui permet d'édifier une construction systématique du mécanisme de l'esprit. Il entreprend, par la suite, un démembrement de l'ensemble des troubles mentaux en fonction du système théorique posé. La classification et la nomenclature qui en résultent, permettent d'établir et de reconnaître des syndromes fondés sur la localisation anatomique.

En raison même de la différence qui sépare sa théorie de la réalité qu'elle est sensée représenter, l'insuffisance de ce système à rendre compte des faits cliniques, dans leur totalité, n'a pas tardé à se manifester Les cadres nosologiques qui en étaient déduits n'ont guère servi qu'à distinguer des formes artificielles parce que dépourvues de caractéristiques fondées dans leur évolution et leur étiologie.

Les parties de son œuvre qui sont de pure clinique (Hallucinose alcoolique p. ex.) sont entrées dans le fonds commun de nos connaissances positives.

L'originalité véritable et le grand mérite de Wernicke ont été, avant tout, de rappeler aux psychiatres que les fonctions mentales sont les fonctions de l'organe cérébral, et qu'il con-

vient donc d'étudier particulièrement, parmi toutes leurs manifestations, celles qui se rapprochent de fonctions corticales simples, déjà accessibles à l'étude scientifique. Il fait entrevoir ainsi la possibilité d'accéder, en commençant par l'étude de ce qui, dans les psychoses, peut être ramené à des afonctions ou parafonctions relativement autonomes, à la connaissance des troubles plus complexes.

---

Vu :
Le Président de thèse :
PFERSDORFF

Vu :
Pour le Doyen :
l'Assesseur :
MERKLEN

Vu et Permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Strasbourg :
Président du Conseil de l'Université :
Ch. PFISTER

## *BIBLIOGRAPHIE.*


1. FREUD (S). — Zur Auffassung der Aphasien (L e i p z i g und W i e n, Deuticke 1891).
2. GOLDSTEIN (K). — Die Lokalisation in der Grosshirnrinde (*Handb. der norm. u. path. Physiol.* herausg. v. Bethe etc. ., 10e Bd. Springer, B e r l i n 1927).
3. HEILBRONNER (K). — Aphasie und Geisteskrankheit (B r e s l a u, Schletter 1896).
4. HEILBRONNER (K). — Sprachstörungen bei funktionellen Psychosen mit Ausschluss der aphasischen Störungen (*Centralbl. Nerv. u. Psych.* n° 215 B e r l i n 1906).
5. HEAD (H). — Aphasia : an historical review (*Brain* T. XLIII., p. 390, 1920).
6. JACKSON (H). — On affections of speech from diseases of the brain (*Brain* T. I, 1879) *Brain* T. II, 1879).
7. JASPERS (K). — Allgemeine Psychopathologie (3e. éd. Springer, B e r l i n 1923).
8. KRAEPELIN (E). — Compendium der Psychiatrie (Abel, L e i p z i g 1883).
9. KRAEPELIN (E). — *Psychiatrie* (8e éd. Barth L e i p z i g 1920, T. I. Allgem. Psych.)
10. KRAEPELIN (E). — *Psychiatrie* (8e éd. Barth L e i p z i g 1920 T. II. — T. IV., klin. Psych.)

11. MARIE (P). — L'Aphasie de 1861—66 (Trav. et Mém. T. I., Masson, P a r i s 1928).
12. PFERSDORFF (C). — Zur Pathologie der Sprache (*Zeitschr.f. d. ges. Neur. u. Psych.*, T. II., 1910).
13. PFERSDORFF (C). — Une localisation clinique de la schizophrénie et de l'encéphalite léthargique (*Trav. Clin. Psych.* S t r a s b o u r g, 1924).
14. PFERSDORFF (C). — Troubles psychiques et lésions organiques du cerveau (*Le Méd. d'Als. et de Lorr.* S t r a s b o u r g 1924).
15. PFERSDORFF (C). — Les rapports de l'aphasie transcorticale et du langage des aliénés. (*Trav. Clin. Psych.* S t r a s b o u r g 1925).
16. PFERSDORFF (C). — Kraepelin (*Bullet. Soc. Méd. du Bas-Rhin* Janv. 1927).
17. PFERSDORFF (C). — Sur quelques rapports de la dissociation schizophrénique et des symptômes psychiques des affections organiques du cerveau. (Soc. Suisse de Psychiatrie, Protokolle, Sitz. 26 et 27 oct. 1929).
18. PICK (A). — Die aggramatischen Sprachstörungen. (Springer B e r l i n 1913).
19. WERNICKE (C). — Der aphasische Symptomencomplex (Cohn u. Weigert B r e s l a u 1874).
20. WERNICKE (C). — Ueber das Bewusstsein. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.* T. XXXV, 1879, cfr. N° 28 de l'index).
21. WERNICKE (C). — Nochmals das Bewusstsein. (*Allg. Zeitschr. f. Psych.* T. XXXVI, 1880, cfr. N° 28 de l'index).

22. WERNICKE (C). — Ueber den wissenschaftlichen Standpunkt in der Psychiatrie (Fischer, C a s s e l, 1880).
23. WERNICKE (C). — Einige neuere Arbeiten über Aphasie Kritisches Referat (*Fortsch. d. Med. T. III.*, 1885 *Fortsch. d. Med.* T. IV., 1886, cfr. N° 28 de l'index.
24. WERNICKE (C). — Ref. sur Pick, vom Bewusstsein in Zuständen sog. Bewusstlosigkeit (*Fortschr. d. Med.* T. II, 1884, cfr. N° 28 de l'index).
25. WERNICKE (C). — Die Aufgaben der Klinischen Psychiatrie. (*Bresl. ärztl. Zeitschr.* N° 13, 1887, cfr. N° 28 de l'index).
26. WERNICKE (C). — Aphasie u. Geisteskrankheit. (*Verhandl. Congr. f. inn. Med.* W i e s b a d e n 1890, cfr. N° 28 de l'index).
27. WERNICKE (C). — Grundzüge einer psychiatrischen Symptomenlehre (*Berl. Klin. Wochenschr.* N° 23, 1892, cfr. N° 28 de l'index).
28. WERNICKE (C). — Gesammelte Aufsätze u. Kritische Referate z. Pathologie des Nervensystems (B e r l i n Fischer 1893).
29. WERNICKE (C). — Ueber die Klassifikation der Psychosen (*Psych.* Abh. hersggb. Wernicke C., Heft 12 Schletter, B r e s l a u 1899).
30. WERNICKE (C). — Krankenvorstellungen aus der psychiatrischen Klinik in Breslau (*Psych. Abh.* hersggb. C. Wernicke, Heft 10/11 et Heft 13/15, Schletter, B r e s l a u 1899).
31. WERNICKE (C). — Grundriss der Psychiatrie (2e éd. Thieme, L e i p z i g 1906).